



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Význam zdravotních služeb pro pečující rodiny

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Eva Prachařová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Význam zdravotních služeb pro pečující rodiny*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11.8.2020

.....

Bc. Eva Prachařová

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Adéle Mojžíšové Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a za její čas.

Dále bych chtěla poděkovat Zdeňce Dobrovolné za její pomoc, rady a čas, jenž mi věnovala. Terezii Carbové za její optimismus, který mi v těžkých studijních chvílích pomáhal. A také své rodině, která mě podporovala a pomáhala po celou dobu studia.

Význam zdravotních služeb pro pečující rodiny

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem neformální péče propojené se zdravotními službami. Mnoho lidí ani neví, co vše lze pod zdravotní služby zařadit a také kde je možné kromě nemocnice či lékařů je vyhledat. Často si musí sami zjišťovat informace až v okamžiku, kdy vykonávají péči, což bývá pro ně velmi náročné. Část práce se zaměřuje na neformální péči, kdo ji vykonává, co všechno obnáší.

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je identifikovat významy zdravotních služeb pro pečující rodiny. Ke zjištění tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

1. Co vede člena rodiny stát se neformálním pečovatelem?
2. Co vede pečující rodiny k využití zdravotních služeb pro nesoběstačného člena rodiny?

Pro dosažení cíle byla zvolena kvalitativní strategie, metoda dotazování. Rozhovory probíhaly polostrukturovanou formou. Získané údaje byly poté zpracovány metodou vytváření trsů.

Na základě získaných výsledků se domnívám, že cíl práce byl naplněn. Pečující rodiny vyhledávají a využívají zdravotní služby v období, když potřebují doplnit svoji péči o odborné úkony. Jedná se například o situaci, kdy osoba se sníženou soběstačností by musela být přemístěna do nemocničního prostředí nebo dokonce do pobytových zařízení, kde je formální péče běžná. Také je vyhledávají tehdy, když chtějí stabilizovat či zlepšit zdravotní stav opečovávané osoby.

Diplomovou práci lze použít jako informační materiál jak pro laickou veřejnost, tak pro formální pečovatele a osoby s přidružených oborů.

Klíčová slova

zdravotní služby; zdravotní péče; neformální péče; neformální pečovatel; nesoběstačná osoba

The importance of health services for caring families

Abstract

This thesis deals with the topic of informal care linked with health care services. Many people are not aware of the variety of fields that can be classified as health care services and where to find these services outside of hospitals and surgeries. Often people have to look for information in the moment when they need to start caring for someone else which is usually difficult for them. One part of the thesis focuses on informal care, who carries it out, what it involves.

The main goal of the practical part of the thesis is to identify the significance of health care services for caring families. To discover this goal two research questions were set:

1. Why does a member of a family become an informal carer?
2. Why do caring families utilize health care services for a non self-sufficient member of a family?

In order to accomplish the goal, qualitative strategy was used, in particular the method of questioning. During the interviews, the semi-structured form was used. The acquired data were then processed using the method of creating clusters.

On the basis of the acquired results I believe that the goal of the thesis has been fulfilled. Caring families seek out and utilize health care services when they need to add professional acts to their care. The example of such situation would be if a non self-sufficient person would have to be moved into a hospital or a housing facility (such as a retirement home) where formal care is carried out on a common basis. Families also seek out health care services if they need to stabilize or improve the health condition of the person they care for.

The thesis can be used as an information material for non-professional public as well as for formal carers and members of affiliated fields.

Key words:

health care services; health care; informal care; informal carer; non self-sufficient person

Obsah

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | ÚVOD..... | 8 |
| 2 | ZDRAVOTNÍ SLUŽBY | 9 |
| 2.1 | <i>Zakotvení zdravotních služeb v zákoně.....</i> | <i>9</i> |
| 2.2 | <i>Druhy zdravotní péče.....</i> | <i>10</i> |
| 2.3 | <i>Formy zdravotní péče</i> | <i>10</i> |
| 2.4 | <i>Poskytování zdravotní péče</i> | <i>10</i> |
| 2.5 | <i>Definice zdravotní péče</i> | <i>11</i> |
| 2.6 | <i>Výpis legislativy zdravotní péče v ČR.....</i> | <i>12</i> |
| 3 | RODINA..... | 13 |
| 3.1 | <i>Význam rodiny</i> | <i>13</i> |
| 3.2 | <i>Charakteristiky rodiny</i> | <i>13</i> |
| 3.3 | <i>Funkce rodiny.....</i> | <i>14</i> |
| 3.4 | <i>Rodinné životní situace.....</i> | <i>15</i> |
| 3.4.1 | <i>Fáze vyrovnávání se s životní situací</i> | <i>15</i> |
| 3.4.2 | <i>Reakce na životní situace.....</i> | <i>16</i> |
| 3.5 | <i>O koho pečujeme.....</i> | <i>16</i> |
| 3.6 | <i>Pečující.....</i> | <i>16</i> |
| 3.6.1 | <i>Nesoběstačné osoby</i> | <i>17</i> |
| 3.6.2 | <i>Poslední vývojová etapa života</i> | <i>17</i> |
| 3.7 | <i>Seniorské funkční schopnosti dle zařazení</i> | <i>18</i> |
| 3.8 | <i>Změna role jedince</i> | <i>18</i> |
| 3.9 | <i>Základní životní potřeby</i> | <i>18</i> |
| 3.9.1 | <i>Rozdělení základních potřeb.....</i> | <i>19</i> |
| 3.9.2 | <i>Zajištění základních životních potřeb opečovávaných.....</i> | <i>19</i> |
| 4 | NEFORMÁLNÍ PEČOVATEL..... | 21 |
| 4.1 | <i>Definice neformálního pečovatele.....</i> | <i>21</i> |
| 4.2 | <i>Koncept pro neformálního pečujícího.....</i> | <i>22</i> |
| 4.3 | <i>Předpoklady neformálního pečovatele.....</i> | <i>23</i> |
| 4.4 | <i>Dovednosti neformálního pečovatele.....</i> | <i>23</i> |
| 4.5 | <i>Zásady dobrého neformálního pečovatele.....</i> | <i>24</i> |
| 4.6 | <i>Prostředí neformální péče.....</i> | <i>24</i> |
| 4.7 | <i>Překážky neformální péče.....</i> | <i>25</i> |
| 4.8 | <i>Negativní dopady neformální péče</i> | <i>25</i> |
| 4.9 | <i>Primární neformální péče</i> | <i>26</i> |
| 4.10 | <i>Koordinace neformální péče</i> | <i>27</i> |
| 4.11 | <i>Krizové situace a její ovlivnění.....</i> | <i>28</i> |
| 4.12 | <i>Doporučení pro dlouhodobě pečující.....</i> | <i>29</i> |
| 4.13 | <i>Podpora a potřeby neformálního pečovatele</i> | <i>30</i> |
| 4.14 | <i>Duchovní podpora</i> | <i>30</i> |
| 5 | FINANCOVÁNÍ..... | 32 |
| 5.1 | <i>Financování zdravotních služeb</i> | <i>32</i> |
| 5.2 | <i>Zdravotní pojišťovny a platba zdravotních služeb</i> | <i>32</i> |
| 5.3 | <i>Financování neformálního pečovatele.....</i> | <i>33</i> |
| 5.4 | <i>Příspěvky pro osoby se zdravotním postižením.....</i> | <i>34</i> |
| 5.5 | <i>Sociální systém ČR.....</i> | <i>34</i> |
| 5.6 | <i>Krátkodobé ošetřovné</i> | <i>36</i> |
| 5.7 | <i>Dlouhodobé ošetřovné</i> | <i>36</i> |
| 5.8 | <i>Zajištění služeb.....</i> | <i>37</i> |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.9 | <i>Finanční nástroje neformální péče</i> | 38 |
| 5.10 | <i>Příspěvek na péči</i> | 40 |
| 6 | CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 42 |
| 6.1 | <i>Cíl práce</i> | 42 |
| 6.2 | <i>Výzkumné otázky</i> | 42 |
| 7 | METODIKA | 43 |
| 7.1 | <i>Použitá metoda</i> | 43 |
| 7.2 | <i>Výzkumný soubor</i> | 44 |
| 7.3 | <i>Realizace výzkumu</i> | 45 |
| 7.4 | <i>Zhodnocení výsledků</i> | 46 |
| 7.5 | <i>Etika výzkumu</i> | 46 |
| 8 | VÝSLEDKY | 48 |
| 8.1 | <i>Výsledné trsy</i> | 50 |
| 8.2 | <i>Okolnosti péče</i> | 50 |
| 8.3 | <i>Potřeby péče</i> | 52 |
| 8.4 | <i>Role pečovatele</i> | 55 |
| 8.5 | <i>Zdravotní služby</i> | 57 |
| 8.6 | <i>Financování</i> | 60 |
| 9 | DISKUSE | 63 |
| 10 | ZÁVĚR | 71 |
| 11 | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY: | 73 |
| 12 | PŘÍLOHY | 79 |
| 12.1 | <i>Příloha č. 1</i> | 79 |
| 13 | SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 80 |

1 Úvod

Téma diplomové práce s názvem Význam zdravotních služeb pro pečující rodiny. Myšlenka pro téma mé diplomové práce vznikla v okamžiku, kdy jsem byla podporou pro neformálního pečovatele a tím jsem osobně poznala jeho roli, která pro osobu se sníženou soběstačností je velmi důležitá a v mnoha případech nenahraditelná. Velmi často se s neformální péčí setkávám v rodině. Tyto pečovatele obdivuji, neboť dle mého názoru neformální péči může vykonávat pouze silný člověk, zejména po psychické stránce. Od malička se v rámci rodiny setkávám s osobami se zdravotním postižením, takže toto téma mi je opravdu blízké.

Diplomová práce může být použita jako informační materiál pro laickou veřejnost, tak i pro formální pečovatele a osoby s přidružených oborů. Mnoho neformálních pečovatelů vůbec neví, že v jejich činnostech jim mohou být nápomocni i cizí lidé. Většina z nich veškerou péči vykonává dle svého vědomí a svědomí, aniž by se zajímala o možnosti, které by jim jejich práci usnadnily.

Teoretická část řeší legislativu zdravotních služeb, jaké existují zdravotní služby a také jak je možné je využít. Dále definuje rodinu a její hodnoty, které navazují na životní situace. Popisuje předpoklady a práci neformálního pečovatele v pečující rodině. Také zmiňuje financování zdravotních služeb a neformálních pečovatelů.

Praktická část je zaměřena na výzkum u neformálních pečovatelů v Kraji Vysočina, kteří využívají zdravotní služby. Informantům jsou kladeny otázky formou polostrukturovaných rozhovorů. Cílem otázek je získat informace od neformálních pečovatelů v rozsahu co je jako člena rodiny vedlo stát se neformálním pečovatelem a z jakého důvodu využívají zdravotní služby. Jejich odpovědi jsou vyhodnoceny prostřednictvím metody vytváření trsů. Trsy řeší okolnosti péče, potřeby péče, roli pečovatele, zdravotní péči a financování.

2 Zdravotní služby

2.1 Zakotvení zdravotních služeb v zákoně

Zdravotní služby jsou právně ukotveny, a to v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Podle výše uvedeného zákona se zdravotními službami rozumí:

- a) poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky, a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- b) konzultační služby, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného postupu, popřípadě navržení jeho změny nebo doplnění, a další konzultace podporující rozhodování pacienta ve věci poskytnutí zdravotních služeb prováděné dalším poskytovatelem zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“) nebo zdravotnickým pracovníkem, kterého si pacient zvolil,
- c) nakládání s tělem zemřelého v rozsahu stanoveném tímto zákonem, včetně převozu těla zemřelého na patologicko-anatomickou pitvu nebo zdravotní pitvu a převozu z patologicko-anatomické pitvy nebo ze zdravotní pitvy prováděné poskytovatelem podle zákona o pohřebnictví,
- d) zdravotnická záchranná služba,
- e) zdravotnická dopravní služba, jejímž účelem je 1. přeprava pacientů mezi poskytovateli nebo k poskytovateli a zpět do vlastního sociálního prostředí, je-li to nezbytné k zajištění poskytnutí zdravotních služeb, 2. rychlá přeprava zdravotnických pracovníků k zabezpečení neodkladné péče u poskytovatele, 3. přeprava osob včetně zemřelého pacienta související s prováděním transplantací, neodkladná přeprava tkání a buněk určených k použití u člověka, přeprava léčivých přípravků, krve a jejich složek a zdravotnických prostředků nezbytných pro poskytnutí neodkladné péče nebo přeprava dalšího biologického materiálu,
- f) přeprava pacientů neodkladné péče, kterou se rozumí jejich přeprava mezi poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy,

- g) zdravotní služby v rozsahu činností odběrových zařízení nebo tkáňových zařízení podle jiných právních předpisů upravujících postupy pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských orgánů, tkání a buněk,
- h) zdravotní služby v rozsahu činností zařízení transfuzní služby nebo krevní banky podle právního předpisu upravujícího výrobu transfuzních přípravků, jejich skladování a výdej,
(Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů).

Zdravotními službami se rovněž rozumí specifické zdravotní služby podle zákona o specifických zdravotních službách, zdravotní služby podle zákona upravujícího transplantace nebo zákona upravujícího umělé přerušování těhotenství (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů).

2.2 Druhy zdravotní péče

Druhy zdravotní péče jsou v zákoně č. 372/2011 Sb., děleny následovně:

- dle naléhavosti na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou,
- dle účelu na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní, lékařskou a klinicko-farmaceutickou péči.

2.3 Formy zdravotní péče

Formy zdravotní péče rozdělujeme na:

- ambulantní péče – rozlišujeme ji na primární, specializovanou a stacionární,
- jednodenní péče – pacient pobývá na lůžku méně než 24 hodin,
- lůžková péče – je dělena na akutní intenzivní lůžkovou péči, akutní standardizovanou lůžkovou péči, následnou a dlouhodobou lůžkovou péči, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta – návštěvní služba a domácí péče, která se dělí na ošetrovatelskou péči, léčebně rehabilitační péči nebo paliativní péči (Příbyl, 2015).

2.4 Poskytování zdravotní péče

V rámci zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta je návštěvní služba, domácí péče, ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče či

paliativní péče. Také lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů).

Mach et al. (2018) uvádí, že zdravotní péče je podmnožinou obsáhlého konceptu zdravotní služby, který dále dle zákona zahrnuje ještě další činnosti jako je nakládání s tělem zemřelého, zdravotnická záchranná služba, zdravotnická dopravní služba, přeprava pacientů neodkladné péče, činnost odběrových zařízení a činnost zařízení transfuzní služby a krevní banky, dále také specifické zdravotní služby a poskytované zdravotní služby uvedené v zákonech o transplantacích a o umělém přerušování těhotenství.

Dle Arnoldové (2016) je možné zdravotní služby poskytnout pacientovi jenom s jeho svobodným a informovaným souhlasem, bez jeho souhlasu mu může být poskytnuta pouze neodkladná péče, a to v případě, kdy mu zdravotní stav neumožňuje tento souhlas vyslovit nebo při léčbě vážné duševní poruchy, při které by následkem jejího neléčení došlo pravděpodobně k vážnému poškození zdraví pacienta.

2.5 Definice zdravotní péče

Arnoldová (2016) definuje zdravotní péči jako soubor zdravotnických postupů a činností orientovaných k udržení a prodloužení života, k zachování nebo zlepšení zdravotního stavu fyzických osob, ochraně, posílení a rozvoji jejich zdraví a k zdravému vývoji dalších generací.

Pojem zdravotní péče, jak ji definuje zákon, je součástí poskytování zdravotních služeb a je jeho primárním článkem. Za zdravotní péči se nepovažuje pouze zlepšení zdravotního stavu či obnovení původního zdravotního stavu, ale také udržení zdravotního stavu, který aktuálně pacient má a který by se se zřetelem na chorobu mohl zhoršovat, proto je za poskytování zdravotní péče považována též péče o osobu, která je trvale v nepříznivém zdravotním stavu (Mach et al. 2018). Dále autor uvádí, že o zdravotní péči se jedná, v případě, že ji vykonávají zdravotní pracovníci, tedy formální pracovníci.

2.6 Výpis legislativy zdravotní péče v ČR

Křiváková a Čížková (2016) zmiňují legislativu, ze které vychází systém zdravotní péče v České republice:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů; a dalších navazujících předpisů a vyhlášek.

3 Rodina

3.1 Význam rodiny

Malley et al. (2020) uvádí, že latinský termín *familia* původně znamenal skupinu otroků. Ve středověku mohla *rodina* odkazovat jak na lidi, tak na majetek. Autoři dále píší, že prvotní sběr dat definoval rodinu jako „sdílení společné tabule“, ovšem dnes se myšlenka rodiny rozšířila.

Pojem rodina popisuje Urbanovská (2017) jako společenství lidí, kteří spolu žijí a hospodaří pod jednou střechou, všichni členové rodiny podléhají jedné bezprostřední autoritě, tzv. hlavě rodiny. Autorka uvádí, že díky vícegeneračnímu soužití rodin bylo zachovááno řemeslnické umění, domácí podniky i rodinné tradice většinou z otce na syna. Práce byla vykonávána doma, zapojeni do ní byli v součinnosti všichni členové rodiny, byla zde větší možnost pomoci při hlídání a výchově dětí a prarodiče měli de facto jistotu, že se o ně děti a vnoučata postarají, až nebudou schopni o sebe pečovat sami (Urbanovská, 2017). Vše je dle autorky v dnešní době spíše přežitkem, neboť nastoupil nový trend méně početných rodin. Rodiče za prací většinou dojíždí a snaží se od starší generace osamostatnit. Snaží se vytvářet svoji identifikaci rodiny, která již nebývá nastolena autoritativně hlavou rodiny, ale na základě partnerského vztahu, kde dochází více k diskuzi, naslouchání a respektu, přestože jsou rodinné role úcty a autority většinou zachovány (Urbanovská, 2017).

Kurucová (2016) uvádí, že rodina je nejvýznamnějším prvkem společenské mikrostruktury, která zajišťuje péči a ochranu svým členům, zejména v čase, kdy nejsou sami schopni se o sebe postarat.

3.2 Charakteristiky rodiny

Každá rodina je jinak identická. Dle Štěrbové (2013) k hlavním charakteristikám rodiny patří:

- pokolení, potomstvo,
- víra a věrnost, spravedlnost a očekávání,
- nadání, schopnosti a dary, tajemství a směřování, povinnosti a pohledávky, dluhy a hříchy,
- transfery, přechody a změny.

Dále také autorka uvádí, že k rodinné identitě náleží rodinné rituály a rodinné zvyky, což je pro rodinu a všechny její členy prvkem jistoty, že se vše odehrává

dle zvyklostí. Rodinné rituály a rutiny umožňují stabilitu rodiny, která dále může posloužit jako kotvící bod a současně přináší rovnováhu členům rodiny ve stresujících událostech, jež vyžadují, aby došlo ke zvratu v rodinném systému (Štěrbová, 2013).

3.3 *Funkce rodiny*

Každá rodina vykonává dané funkce, ty jsou závislé na změnách společenského uspořádání, ale také na vztazích uvnitř rodiny (Mlýnková 2011). Funkci rodiny dělení mnoho autorů různě, přesto se převážně shodují na tomto dělí:

- Reprodukční funkce – snaha o zachování svého rodu, péče o své nástupce,
- Ekonomická funkce – můžeme ji nazvat také jako materiální a zabezpečovací, kdy dospělí členové vydělávají peníze k zajištění provozu domácnosti a hmotné nezbytnosti členů rodiny.
- Socializačně-výchovná funkce – dospělí členové rodiny pomáhají dětem se vzdělávat, socializovat a vychovávají je.
- Emocionální funkce – vytvářením pocitu bezpečí, jistoty a lásky, dochází k uspokojení potřeb jedince vůči rodině (Kotková, 2014).

Když se promítnou tyto funkce v rodině, jedná se o funkční rodinu. Podle Mlýnkové (2011) v případě, že rodina neplní své funkce, jedná se o rodinu dysfunkční (jedná se o skupinu lidí, kteří nejsou schopni zvládnout povinnosti, jež jsou na ně kladeny. Mezi těmito lidmi se nenachází hodnotné citové zázemí, nemají pocit bezpečí ani jistoty, s finančními prostředky nakládají především pro své uspokojení bez ohledu na druhé). Citové zázemí je myšleno jako projev lásky k nejbližším osobám, nejen k dětem, neboť všichni potřebujeme získávat lásku od svých nejbližších, kteří nám tím dávají najevo, že nejsme sami, a kteří nám jsou v případě pomoci na blízku (Mlýnková, 2011). Dle Colapinta (2018) je funkční rodina taková, že dokáže udržovat soudržnost mezi svými členy a zároveň umožňují jejich individuální diferenciaci. Naopak jako dysfunkční rodinu autor označuje tak, že je soudržnost nebo diferenciaci není obětována kvůli druhému.

Dle Urbanovské (2017) mají funkce rodiny, i přes všechny vývojové odlišnosti v jednotlivých rodinách, svůj smysl a význam. Ve shodě s Michalíkem (2013) mají za to, že pokud se jedná o rodinu funkční, je vytvořeno optimální prostředí pro zdravý a vyrovnaný vývoj další generace, protože rodinné vazby a pouta zformovaná jádrem emoční vřelosti představují jistotu pro všechny generace, neboť vědí, že v rodině mají

oporu a také bezpečné útočiště. Přestože mohou být generační vazby v rodině vnímány za volnější, vzhledem k většímu pocitu nezávislosti, také po založení vlastní rodiny se prioritní pouta s širší rodinnou nepřetrhávají (Urbanovská, 2017).

3.4 Rodinné životní situace

Dudová (2015) identifikovala dva směry, kterými se vyvíjí potřeba péče o osoby. První je akutní zhoršení zdravotního stavu, tehdy jsou členové rodiny postaveni před neočekávanou situací, kterou musejí ihned řešit. Druhý směr je dlouhodobější zhoršování zdravotního stavu, kdy se stav jedince postupně v časových obdobích zhoršuje, na větší rozsah péče se tak postupně připravují a zvykají (Dudová, 2015).

Hanáková (2017) vnímá situaci rodiny s dítětem s postižením jako velmi nestandardní v podstatě ve všech ohledech a pro všechny členy rodiny. Tato událost je velmi obtížná a musí řešit příliš mnoho důležitých otázek. Změnit své představy a zpracovávat velké množství zážitků. Obvykle rodině chybí jakékoliv zkušenosti s výchovou i péčí o člena rodiny s postižením (Hanáková, 2017).

3.4.1 Fáze vyrovnávání se s životní situací

Rodina i opečovávaná osoba podle Hanákové (2017) v zátěžových situacích prochází několika fázemi vyrovnávání se s aktuální situací. Každý jednotlivec ovšem nemusí projít všemi fázemi, některé fáze se mohou u někoho i několikrát opakovat (Hanáková, 2017). Projitím jednotlivými fázemi se dle Vágnerové (2014) členové adaptují na danou situaci:

1. fáze šoku a popření – je prvotní reakcí na subjektivně nepřijatelnou skutečnost. Popření je vnímáno jako projev obrany vlastní psychické stability, je jim říkána pravda, ale oni ji nedovedou přijmout. Lidé reagují převážně takto: "To není možné. To není pravda, lékaři se určitě spletli."
2. fáze bezmocnosti – všichni lidé se do této situace dostali někdy poprvé, proto nevědí, co dělat, jak a kde hledat nějaké řešení. Osoby se vyrovnávají s různými pocity, například se bojí zavržení či odmítnutí, ale současně očekávají pomoc, o jejím charakteru nemají ani potuchy.
3. fáze postupné adaptace a vyrovnávání se se situací – lidé v tomto období již mají zájem o příjem informací, chtějí vědět o příčině, možnostech řešení atd. Účelnému řešení ovšem někdy čelí negativní emoční ladění, které

situaci zkresluje. Po různě dlouhém období truchlení se lidé adaptují a chtějí dělat vše pro zlepšení situace.

4. fáze smlouvání – toto období je závislé na naději, neboť vědí, že do stavu předtím to úplně nepůjde, tak si stanoví cíle, kterých chtějí dosáhnout. V této naději osoby žijí a dělají vše proto, aby viděli nějaké pokroky. Tato fáze je velmi často provázána pocitem zklamání a bezvýchodnosti.
5. fáze realizmu – období reorganizace, lidé se smíří se skutečností a změní vše, pro optimální budoucnost a naplňování svých potřeb.

3.4.2 Reakce na životní situace

Každý jedinec reaguje na zátěžovou situaci individuálně, z důvodu různé míry únosnosti člověka, podle Hauke (2014) je v této situaci důležité:

- hodnocení situace a interpretace,
- zjištění emočních reakcí,
- udržení kontroly nad situací,
- ponoukání k hledání efektivního způsobu řešení,
- dostatečná flexibilita,
- udržení sociálních kontaktů.

3.5 O koho pečujeme

V následující kapitole si rozebereme, které osoby potřebují pomoc další osoby. Většinou jde o osoby s akutním či chronickým onemocněním, jedince po úrazech, ale především osoby s postižením a seniory. Nejprve uvedeme, kdo se dostává do rolí pečovatele o tyto osoby.

3.6 Pečující

Podle Pešlové (2016) může pečovat rodina (osoba blízká), asistent sociální péče (např. sousedka, kamarád) a poskytovatel sociálních služeb (např. domovy se zvláštním režimem, pečovatelská služba).

Dle Kabelky (2017) nastává pro osobu, která aktuálně potřebuje zajistit péči pomocí druhé osoby velká změna. Autor zmiňuje, že přijetí této skutečnosti bývá většinou velmi obtížné. Proto je velmi důležité, aby pečující byl citlivý, autentický, empatický a současně pomohl dané osobě změnu zdravotního stavu přijmout (Kabelka, 2017).

3.6.1 Nesoběstačné osoby

Arnoldová (2016) uvádí, že za zdravotní postižení se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož důsledky činí nebo mohou činit člověka závislého na pomoci jiné osoby.

Bertini (2013) ve své knize uvádí, že v pokročilém věku jsou lidé fyzicky křehčí, snadno si při pádu zlomí kyčel, dostavuje se u nich Alzheimerova choroba či trpí chronickou bolestí vlivem různých nemocí, také jsou mnohem predisponovanější k úzkostem a depresím, neboť jedinci jejich generace umírají, sami přichází o zuby, přestávají řídit svěrače a v neposlední řadě jim začínají dělat problémy i běžné každodenní činnosti. Autorka zmiňuje, že ke konci svého života se lidé převážně vrací k tomu, s čím začínali v dětství. Jde především o potřebnou pomoc při oblékání, stravě, zajištění dopravy převážně k lékaři a pomoc s účastí ve společenském životě (Bertini, 2013).

3.6.2 Poslední vývojová etapa života

Dle Příbyla (2015) je stáří poslední vývojová etapa života populace, která bývá ukončena smrtí člověka. Stárnutí je fyziologická reakce, které se nikdo žijící nemůže vyhnout. Autor uvádí, že se jedná o konsekvenci a projev vývojových změn, které jsou předurčeny nejen geneticky, ale i dalšími okolnostmi jako jsou nemoci, styl života, životními situacemi.

Uvádí členění starší populace takto:

- 65–74 let = mladí senioři
- 75–84 let = staří senioři
- 85 a více let = velmi staří senioři

Za vnitřní okolnosti stárnutí autor považuje:

- genetické výbavy
- tělesné choroby a psychické poruchy
- psychická výbava člověka

Vnější faktory působící na stárnutí jsou:

- fyzikální – podnebí, životní poměry, pracovní poměry
- chemické – plicní a kožní potíže
- sociální – styl a kvalita bydlení, hospodářské zabezpečení, rodinné zabezpečení a vzdělání (Příbyl, 2015).

3.7 Seniorské funkční schopnosti dle zařazení

Podle Příbyla (2015) se funkční schopnosti obyvatelů seniorského věku segmentují dle následujícího zařazení:

- elitní – jsou způsobilí podávat vysoké výkony i ve vysokém věku
- zdatní – jsou v dobré zdravotní i psychické formě, tudíž zvládají život i v komplikovaném prostředí, soustavně se věnují sportovním i pracovním činnostem
- nezávislí – jsou soběstační v každodenních životních požadavcích, zvládají přístrojové činnosti, ale funkční zásoby, odolnost a přizpůsobivost mají nižší, nižší mají i svalovou sílu (přínosem pro ně jsou rekondiční programy)
- křehcí – mají problém s výkyvy funkčního i zdravotního stavu, mívají potíže s přístrojovými činnostmi dennodenního života, jsou ohroženi nepředvídatelnými dekompenzacemi stavu (potřeba flexibilních zásahů pečovatelské služby, tísňové práce)
- závislí – mají nízký potencionál zdraví, disabilitu, kritickou funkční ztrátu, potřebují podporu a pomoc druhé osoby (systém dlouhodobé péče – koordinace pečujících osob, zdravotních a sociálních služeb)
- zcela závislí – jsou zpravidla kompletně upoutáni na lůžku, mívají rozvinutý znehybňující syndrom nebo rozvinuté stádium demence, která vyžaduje stálý dohled a ošetřovatelskou péči (důležitá podpora lidské cnosti)
- umírající – recipient paliativní péče

3.8 Změna role jedince

Bertini (2013) uvádí, že proměna jedince, z opečovávané osoby na pečovatele, není nikdy vítána, neboť i z vědění, že k této přeměně může jednou dojít, se tomuto faktu brání a bývají zaskočeni, když přeměna nastane.

3.9 Základní životní potřeby

Příbyl (2015) uvádí, že uspokojení či neuspokojení potřeb velmi působí na psychickou činnost jedince (myšlení, volní procesy, pozornost), naprosto zásadně se účastní na tvorbě vzorce chování člověka, neboť jednání směřující k ukojení potřeb převádí na psychologickou hladinu, nýbrž naplňování potřeb má sociální ráz, činnosti směřující k jejich uspokojení jsou integrovány v sociálním systému jedince. Dále autor zmiňuje, že v případě identifikace potřeby podněcuje k vyhledávání určité podmínky

anebo naopak vyhýbání se určité podmínce, která je pro nasycení dané potřeby nepříznivá. Potřeby nejsou pouze základním důvodem k udržení stability uvnitř organismu, ale také jsou výchozím motivem pro uchování rovnováhy mezi jedincem a prostředím. Nezobrazují tak pouze vztah jedince k sobě samému, k životu, k prostředí, ale jsou také projevem nároků prostředí na člověka (Příbyl, 2015).

3.9.1 Rozdělení základních potřeb

Příbyl (2015) píše, že všichni lidé, ať jsou mladí, staří, zdraví, nemocní, mají shodné potřeby, nicméně potřeby člověka se v průběhu života mění z hlediska kvality i kvantity, pozměňuje se množství i priority jednotlivých potřeb. Potřeby také autor rozděluje podle důležitosti pro zachování života na:

- nižší (základní, biogenní, fyziologické, viscerogenní) – podněcují jedince, aby se staral o své tělo z fyziologického aspektu, neboť při nenasycení těchto potřeb nemůže jedinec dlouho žít; prvotní potřeby lze uspokojovat zpravidla rychleji a údajně bez saturace nižších potřeb nelze hodnotně ukojit potřeby vyšší
- vyšší (druhotné, psychogenní, sociogenní, psychologické) – sem se řadí potřeby ocenění, soudržnosti, seberealizace; jedná se o nabyté, naučené sociální potřeby, kdy člověk vyžaduje societu druhých lidí, vyžaduje si s nimi něco sdělovat, dobýt mezi nimi nějakého uplatnění; saturace vyšších potřeb je obvykle dlouhodobým procesem, ale zrovna tyto potřeby participují na utváření individuality a osobnosti člověka.

3.9.2 Zajištění základních životních potřeb opečovaných

Při péči o osoby, které se o sebe samy nepostarají, by měl pečovatel jedinci v první řadě zajistit základní potřeby, které se v průběhu existence mění (Hauke, 2014). Jako příklad Hauke (2014) uvádí, že ve stáří dochází ke změně převážně biologických a psychických potřeb, přičemž některé potřeby ztrácejí na významu. Naopak potřeby jistoty a bezpečí se dostávají do popředí. Autorka dále zmiňuje, že v případě nenaplnění potřeb u osob ve stáří, mohou být tyto lidé frustrováni, zklamaní a může u nich docházet ke vzniku problémového chování. Za problémové chování pečovatel vnímá veškeré chování, které se odchyluje od normy, může se projevovat zdůrazňováním zdravotních problémů, prosazováním pozornosti pomocí somatických stížností, neprožíváním

aktivního stárnutí, jejich problémové chování je obranný mechanismus nenaplněných a uspokojených vlastních potřeb (Hauke, 2014).

Podle Geissler (2016) kvalita života prezentuje dlouhodobý úkol ošetrovatelské péče.

4 Neformální pečovatel

4.1 Definice neformálního pečovatele

Podle Votoupala a Krystka (2019) neexistuje jednotná definice neformálního pečovatele v českém prostředí. Jednotně je definována pouze pečující osoba v legislativě, která slouží pro stanovení započitatelných dob v rámci důchodového pojištění. Uvádí se jako osoba, která vykonává nezbytnou osobní péči o fyzickou osobu, která se podle zvláštního právního předpisu, tj. § 8 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II. (středně těžká závislost), ve stupni III. (těžká závislost) nebo ve stupni IV. (úplná závislost), pokud tato osoba trvale žije s uchazečem o zaměstnání a společně uhrazují náklady na své potřeby (uvedené okolnosti se nenárokují jedincům, kteří se považují za osoby blízké, pro účely důchodového pojištění) (MPSV, 2008).

Velmi obsáhlou definici neformálních pečovatelů prosazuje Konfederace organizací specializované na rodinu působící v Evropské unii COFACE (Condeferation of Family Organisation in European Union): *Všechny muže i ženy, kteří nejsou profesionálními pečovateli, ale na základě vlastního rozhodnutí, nebo proto, že nenalezli jinou volbu, pečují o závislou osobu ve svém bezprostředním okolí. Poskytují jí základní péči pravidelně nebo nepravidelně v různých formách. Jedná se zejména o tyto formy péče a podpory: ošetrovatelská péče, pomoc při vzdělávání a sociálních aktivitách, pomoc při vyřizování úředních záležitostí, koordinace péče, neustálý dohled, psychologická podpora, pomoc s komunikací, s domácími pracemi (COFACE, 2017).*

Za pečující osobu uvádí Viereckl, Lidinská a Votočková (2016) člověka, který je uveden v „Oznámení o poskytovateli pomoci“ a účastní se nějakým způsobem na péči o jedince závislého na pomoci druhých. Pečující osoba dle autorů může být osoba blízká (rodinný příslušník, partner) nebo asistent sociální péče, který je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uveden jako fyzická osoba, která je starší 18 let věku a je zdravotně způsobilá. O jednu osobu závislou na péči může pečovat i více osob, které jsou koordinované (Viereckl, Lidinská, Votočková, 2016). Calvano a Dixon (2017) uvádí, že neformální pečovatelství lze rozdělit do dvou širokých kategorií:

- praktické činnosti – stravování, přeprava a výdej léků,
- manažerské činnosti – plánování, koordinace a dohled nad formální péčí poskytovanou ostatními.

Cílem ošetrovatelství je podle Příbyla (2015) udržet optimální zdravotní stav pacienta, uspokojovat jeho potřeby, poskytovat celkovou ošetrovatelskou péči, která je ve shodě s etnickými zásadami i právy pacienta. Autor také uvádí, že ošetrovatelská péče si žádá nejen základní vědomosti z ošetrovatelství, ale i obeznámenost s různými specifiky pro určité generace.

Formy péče o nesoběstačnou osobu dělí Mlýnková (2011) na:

- Rodinnou péči – péče zajišťovaná rodinou
- Zdravotní péči – péče ve zdravotních zařízeních a ošetrovatelské úkony
- Sociální péči – pečovatelské úkony

4.2 Koncept pro neformálního pečujícího

Evropská charta neformálních pečovatelů 2017 uvádí za koncept zvládnutí životní situace pro pečující osoby následující:

- moct si zvolit míru v jaké se do péče zapojí
- zvolit si postavení k veřejnému přispění pro neformální pečovatele, tedy i možnost podělit se o ústavní a přirozenou péči
- pochopení a podporu v kruhu rodiny
- formální postavení neoficiálních pečovatelů
- porozumění hodnot života pečovatele a jedince s postižením jako vzájemně propojený komplex
- mít právo na odpočinek
- získávání dostupných informací a možnost tréninku pro neformální pečovatele vyhodnocení potřeb a sledování stavu při zapojení neformálního pečovatele (COFACE, 2017).

Příbyl (2015) ve své knize zmiňuje základní koncept v péči o seniora, pod názvem 4xD:

- Demedicinalizace – medicína starým lidem nemůže zajistit celkovou péči, neboť má vymezené kompetence. Proto je potřebné převádět péči o seniory do systému ambulantních zdravotních a sociálních služeb, popřípadě dalších společenských sfér.
- Deinstitutionalizace – základem je podpora péče o seniora v domácím prostředí, podporovat nezbytně rodiny, které ho opatrují. Také je významný a komunitní způsob péče. Též je podstatné upevňovat partnerství seniorů.

- Deprofesionalizace – z jistého hlediska se o starší lidi může starat defacto každý, kdo je ochotný a schopný se některak do péče zapojit. Participovat se nemusí pouze rodina, ale každý v rámci dobrovolnictví, sousedské výpomoci atd.
- Deresortizace – jde o celospolečenské proniknutí seniorské problematiky, neboť každé lidské konání může pro starší obyvatelstvo něco vykonat, a proto by měla být nejméně obecně zdravá a hospodářsky činná populace informována, o potřebách seniorů (víceoborový charakter potřeba a služeb).

4.3 Předpoklady neformálního pečovatele

Aby byla péče o nesoběstačnou osobu kvalitní, musí pečovatel splnit základní předpoklady:

- chtít pečovat – mít odhodlání, aktivní vyhledávání řešení aktuální situace za pomoci rodinných příslušníků, uvědomění si závislosti mezi nesoběstačným jedincem a pečovatelem
- umět pečovat – zvládat primární pomoc, znát, jak pomoci i škálu dané pomoci
- moci pečovat – mít vyřešené psychické, fyzické, časové, sociální, finanční a bytové podmínky (Příbyl, 2015).

4.4 Dovednosti neformálního pečovatele

Podstatné dovednosti, které by se měli dle Kabelky (2017) neformální pečovatelé naučit, neboť jejich zvládnutí je důležité nejen pro všechny v péči zainteresované, ale také pro samotného opečovávaného. Pečovatelé budou schopni poskytovat dobrou péči a budou schopni ovládat svoji emoční stránku, tím zkvalitní a zpříjemní dobu péče osobě, o kterou pečují (Kabelka, 2017). Uvádí, že ideální by bylo řízené a odborné posílení subvenční skupiny pečovatelů, jehož výuka obsahuje několik bloků:

- Primární znalosti o vyvíjení nemoci a eventuálních komplikací.
- Jak by měla probíhat komunikace v emocích a jak zvládat svoje city.
- Jak by měla probíhat komunikace i chování k osobě s komunikačními potížemi (osoby s demencí, stav po CMP, vigilní kóma).
- Jak správně upravit lůžko.
- Jak manipulovat s osobou, která má zhoršenou mobilitu (otáčení, zdvihání, změna pozice na lůžku atd.)

- Jak správně pečovat o hygienu nemocného člověka (nesoběstačného, inkontinenčního atd.)
- Jak provést kompletní hygienu na lůžku i mimo lůžko.
- Jak snadněji přesunout nesoběstačného člověka pomocí technik mimo lůžko (posadit do křesla, kolečkového vozíku, WC křesla, pomoc při použití chodítka, zajištění opory při chůzi).
- Jak pomoci se stravováním, pobízení k dostatečnému příjmu tekutin, upevnění ve správných stravovacích návycích, případně jak použít subsidiární výživy a zajištění správné péče o dutinu ústní.
- Jak předcházet proleženinám či jak pečovat o nekomplikované neustávající rány (tehdy je nutná systematická kontrola odborníka) (Kabelka 2017).

4.5 Zásady dobrého neformálního pečovatele

Zásadou dobrého pečovatele dle Nováka (2013) je také zachování základních etnických principů:

- Princip svébytnosti člověka – brát jedince takového jaký je.
- Princip prospěšnosti – činit dle svého nejlepšího svědomí a vědomí.
- Princip Hippokratův – neškodit druhým.
- Princip spravedlnosti – respektovat jeho možnosti, vlastnictví a jeho vyjadřovací schopnosti.

4.6 Prostředí neformální péče

Přirozeným sociálním prostředím je dle Arnoldové (2016) rodina a společenské vztahy k blízkým osobám, domácnost a rodinní příslušníci, se kterými sdílí domácnost, a poté i místa, kde jedinec pracuje, vzdělává se a vykonává běžné aktivity.

Truhlářová (2015) zmiňuje, že neformální péče o člověka se sníženou soběstačností se odehrává v domácím prostoru, a to u pečovaného nebo v rodině pečovatele. Autorka uvádí, že nejčastěji se neformálním pečovatelem stávají rodinní příslušníci, proto se také někdy neformální pečovatel představuje, jako rodinný pečovatel, a to v souvislosti s dlouhodobou domácí péčí, která je chápána za péči poskytovanou lidem se sníženou soběstačností, jenž žijí v domě či bytě. Tento pečovatel podporuje pečovaného ve zvládnutí výchozích životních potřeb a v obstarání co nejvyššího stupně samostatnosti, a to v mobilitě, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesné hygieně, výkonu fyziologických potřeb, péče o zdraví, osobní aktivity a péče

o domácnost (dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů). Jmenované sféry péče upozorňují na těžkost péče tohoto typu, a proto i potřebnou podporu neformálních rodinných pečovateli.

V případě péče o osobu blízkou je vhodné, aby pečující osoba měla všechny příslušné informace o zdravotním stavu o pečovaném. Pečující osoba by měla vědět vše, co obnáší péče o osobu a jaká je očekávaná délka péče. S ohledem na délku péče je potřebné zvážit další skutečnosti jako jsou změna bydliště osoby blízké, změna praktického lékaře z důvodu dostupnosti, a když je osoba příjemcem důchodu, je nutné nahlásit adresu České správě sociálního zabezpečení (Viereckl, Lidinská, Votočková, 2016).

4.7 Překážky neformální péče

Jako nejčastější překážky rodinných příslušníků, proč nemohou o nesoběstačného člena rodiny pečovat, uvádí Mlýnková (2011):

- Nепrostorné bydlení – rodina nemá dostatečné bytové prostory na to, aby se k nim nastěhoval další člen a nedošlo ke ztrátě soukromí.
- Zaměstnanost dospělých (produktivních) - většina dospělých ve středním věku chodí do práce a nemohou si dovolit zůstat doma a zajišťovat celodenní péči, neboť jsou závislí na dosavadním příjmu.
- Závazky vůči vlastní rodině – dospělí rodinní příslušníci se starají o děti a chod domácnosti.
- Vzdálenost – například péče o seniora, který bydlí sám ve svém bytě, a ostatní rodinní příslušníci bydlící daleko.
- Vyčerpání a únava členů rodiny – někteří dospělí lidé mají dost práce se zajišťováním chodu domácnosti, finančním zabezpečením, péčí a výchovou o děti.

4.8 Negativní dopady neformální péče

Dudová (2015) také uvádí, že domácí péče může být pro opečovávané osoby někdy i negativním přínosem, neboť mohou být pečovatelem či rodinou zneužíváni či týráni.

Mlýnková (2011) píše, že i pečovatel může mít rozdílný přístup k lidem, o které pečuje, jedná se o diskriminaci, kterou mohou projevovat např. při péči o seniora jako neskrývanou averzi vůči seniorovi, stranění kontaktu se seniorem, pečovatel zajistí pouze to, co musí, dále se o seniora nezajímá nebo naopak pečovatel provádí

nadměrnou podporu a neumožňuje seniorovi podílet se na jeho vlastním ošetřování. Poté dochází ke snížení sebevědomí, osobnostnímu znehodnocení či sebekoncepci opečovávaného, z pohledu profesionálního pečovatele může dojít i k ageizmu v komunikaci (Mlýnková (2011).

Dle Příbyla (2015) může při péči o seniora vzniknout i nebezpečí problémů, třeba při vzniku závislosti mezi pečujícím a opečovávanou osobou. Ta se dle autora může projevat jako nějaká bezmoc směřovaná k neshodám nebo může vzniknout riziko společenského odloučení, které způsobuje nedostatečná sociální podpora pečujícího (pečující osoba bývá ustavičně v pohotovosti a přichází o styk s okolním světem). V takovém případě se pečující osoba dostává do velkého fyzického i psychického vypětí a v případě, že se tento nápor nesnižuje a pečující nevyhledá pomoc, dochází k hledání východiska v podobě násilí vůči osobě, o kterou pečuje nebo vůči rodině. Proto by pečující neměl brát zdravotní a sociální služby či odborné organizace za konkurenci (Příbyl, 2015).

Hanáková (2017) také upozorňuje na možné ovlivnění v postojích k osobě s postižením, převážně u dětí, kdy dochází k nevhodným výchovným stylům jako je úzkostná výchova (rodiče škodlivě lpí na dětech, mají o ně nepřiměřený strach, snaží se je přepjatě ochraňovat, tudíž jim brání v běžných činnostech, což následně omezí iniciativu dítěte a jeho sociální vývoj), rozmazlující výchova (vystihuje ji nezdravá citová vazba rodičů na dítě, enormní oceňování, chtějí mu vynahradit přehnanou láskou to, oč bude v životě připraveno), perfekcionistická výchova (přepjatá snaha o dokonalost dítěte, získání maximálních výsledků bez ohledu na síly a potřeby dítěte, což vede k přetěžování dítěte a jeho neurotizaci), protekční či hyperprotekční výchova (touha rodičů po dosažení významných či výhodných hodnot, bez ohledu na způsoby získání, rodiče dětem pomáhají, pracují za ně, to vede k nesamostatnosti dětí) a zavrhuující či zanedbávající výchova.

4.9 Primární neformální péče

Dle Dvořáčkové (2016) je ideální péče ta, která probíhá v domácím prostředí za přítomnosti podpory a péče ze strany rodiny. Píše, že rodinné zázemí je nejpodstatnější sociální jistota lidí i ve stáří a v případě nesoběstačnosti rodinu vnímají jako záruku pomoci fyzické, psychické i hmotné. Ovšem autorka dále uvádí, že péče především ta dlouhodobější, je pro pečovatele velmi psychicky i fyzicky namáhavá. Pro rodinného příslušníka je to obrovská zátěž, a proto by tyto rodiny měly mít odbornou

pomoc institucí, a to v podání zákonodárné, peněžní i morální podpory a pomoci (Dvořáčková, 2016).

Přenášením péče do domácího prostředí se vrací opět zodpovědnost na rodinu jako primárního pečovatele, který tímto zaujímá pozici koordinátora, organizátora, manažera a funkci osobního asistenta (Dudová, 2015). Autorka také uvádí, že domácí péči můžeme deklinovat jako synonymum korektní a kvalitní péče, neboť byla vždy pokládána za kladnou a žádoucí.

V roli pečovatele bývá podle Kurucové (2016) pouze jedna osoba, většinou je to někdo z nejbližších příbuzných či okruhu přátel, která je nazývána pečovatelem a provádí individuální celkovou péči a je ostatními z rodiny i přáteli podporována. Pečovatel je neprofesionální jedinec, který poskytuje základní pomoc nesoběstačné osobě s denními činnostmi běžného dne (Kurucová, 2016).

Dudová (2015) píše o tom, že pečování v domácím či přirozeném prostředí vykonávají především ženy, které se přitom ještě starají o děti či vnoučata a jsou ekonomicky činné, což může mít za následek jejich vyčerpání a vyhoření, pokud se o péči nedělí s nějakou další osobou či institucí.

Pečovatel většinou vykonává přímou péči, doprovod, kompletní chod domácnosti, bývá jednatel s úřady a koordinátor péče. Podle Pechové (2019) pracovníci sociálních a zdravotních služeb pomáhají pečujícímu pouze v omezeném rozsahu, který není dostačující. Největší nedostatek vnímá autorka v oblasti rehabilitačních a jiných podpůrných cvičení.

4.10 Koordinace neformální péče

V České republice se vykazuje dle Pechové (2019) podpora neformálních pečovatelů za nedostatečnou, neboť služby ať zdravotní či sociální jsou pro dost pečovatelů těžko dostupné či získatelné. Dixe et al. (2019) zmiňuje, že neformální pečovatelé jsou důležitou součástí sítě péče, a proto vyžadují podporu při poskytování této péče. Kvalita poskytované péče závisí nejen na blahobytu pečovatele, ale také na informacích / předání péče poskytované zdravotnickým pracovníkem (Dixe et al., 2019). Za slabé stránky našeho systému Pechová (2019) vnímá nedostatečné ohodnocení neformální péče, nedostatečné informování pečovatelů o nabídkách zdravotních, sociálních služeb a dalších možností podpory, také v omezených možnostech skloubení zaměstnání a pečovatelské role. Autorka také zmiňuje nedostatky v tom, že rodinní příslušníci se v aktuálním schématu služeb těžko orientují, jsou

zahlčení hodně informacemi od jednotlivých poskytovatelů zdravotní a sociální péče. Dle ní nejsou často schopni potřebně organizovat a směřovat komplexní péči, a současně si zachovávat dostatek svých fyzických i duševních sil. Pečující rodina většinou dostává jen částečné vědomosti, které většinou neřeší všechny stránky jejich potíží. Autorka píše, že neobdrží žádný koncept celkového řešení, neboť se předpokládá, že si pečující sám propojí obdržené informace a vytvoří si vlastní úsudek nejlepšího zajištění a zkoordinování péče. To často pečujícího směřuje k nejjednodušší volbě ve formě pobytové služby, i přesto, že za podpory formální a neformální péče by závislý jedinec mohl zůstat ve svém domácím prostředí (Pechová, 2019). Tohle všechno dle autorky jsou příčiny současného stavu péče ve společnosti, každý z využívaných systémů je nadměru specializovaný a nemá k dispozici informace z dalších oblastí, často se stává, že je neumí efektivně a ve správný čas individuálně propojovat. Další velkou roli hraje zaměření na výkon či úkon, převážně se jedná o poskytnutí platby jen za daný úkon, neboť za poskytnuté úkony nad stanovený rozsah nezíská činitel platbu, proto ji neprovádí. Dle autorky nám chybí celorepublikový koncept modelového řešení situace, zdravotně sociální práce je známá jen v nemocnicích, ovšem tam jsou pracovníci pouze pro pacienty dané nemocnice a někdy ani tam bohužel nejsou schopni kapacitně odbavit všechny potřebné pacienty.

Pečující osoby dle Pechové (2018) z postoje uspokojování vlastních potřeb, proto nesoběstačné osoby mizí ze zorného pole sociálních i zdravotních služeb a pečující jsou schopni zajistit interdisciplinární přístup, vzájemnou spolupráci odborníků z různých odvětví a zamezí poskytování duplicity v péči.

4.11 Krizové situace a její ovlivnění

Rodina se také po zjištění aktuální situace může dostat do krize (krizové situace), ve které na ni působí několik rovin současně:

- behaviorální – uspořádání chodu rodiny, plánování času, zvládání neobvyklé péče
- emoční – zpracování mnoho různých pocitů (např. smutek, bezmocnost, vina, zlost, izolace atd.)
- fyzická – převážně somatické projevy provázející stresový stav
- interpersonální – pocit odlišnosti, reakce okolí, schopnost být oporou členům rodiny

- kognitivní – schopnost internalizovat údaje o postižení, schopnost přijetí modifikované reality, očekávání a plánů (Hanáková, 2017).

Dále hrají dle Hanákové (2017) velkou roli aspekty krize v rodině, které ji najednou více ovlivňují – kvalita emocionálního vztahu, kvalita vztahu rodiny (rodičů), každodenní změny v životě rodiny, resilience a forma zvládnání stresu (jednotlivě i komplexně), podpůrná sociální síť. Rodina je zpravidla vystavena dlouhodobému stresu, protože jsou nezbytné časté návštěvy u lékařů či pravidelné rehabilitace.

Rodina se také často potýká se zvýšenými finančními požadavky na zajištění péče (vyžadují například nutnost dietního stravování, drahé rehabilitační a kompenzační pomůcky, potřebné bytové úpravy, zaplacení léků, léčebných výloh, osobní asistence, vzdělání a dalších potřebných služeb), což je pro ni navzdory příspěvkům neúměrná finanční zátěž (Hanáková, 2017).

Aby pečující rodina zvládla těžkou životní událost, je podle Hanákové (2017) potřeba zachovat otevřenou komunikaci především mezi partnery, sdílet kladné i záporné emoce, zážitky, trávit společně čas, umožňovat uspokojování potřeb členů rodiny i přes objektivní omezení, věnovat se svým koníčkům i svému zaměstnání, navzájem se podporovat, atd. Členové rodiny (partneři) vytvářejí rodinné klima, které se v případě udržení kvality vztahu podaří zachovat, tím nastane přehodnocení postojů, žebříčků hodnot, posílení vzájemné potřeby, začne hledání nových zdrojů a způsobů východisek nastalých problémů (Hanáková, 2017).

4.12 Doporučení pro dlouhodobě pečující

Hanáková (2017) doporučuje dlouhodobě pečujícím osobám:

- Vyhrazení času na sebe a své záliby.
- Přenášení povinností na druhé bez pocitu viny.
- Relaxaci – pasivní i aktivní.
- Svěření péče o nesoběstačnou osobu (alespoň na krátkou dobu) na někoho jiného.
- Zachování, navazování a pěstování přátelského vztahu i mimo rodinu.
- Využívání speciálně pedagogických, psychologických i psychoterapeutických podpor.
- Využívání svépomocných i podpůrných skupin.

Hanáková (2017) uvádí, že je pro pečující rodinu nesmírně důležité, aby zůstala zakotvena ve společnosti, neizolovala se a vybuodovala si komunikativní, klidnou atmosféru, v níž členům rodiny zůstanou zachovány jednotlivé role.

Pechová (2019) uvádí, že u osob, které se starají o chronicky nemocné jedince, ať je to jejich partner nebo jiný člen rodiny, tak to pro ně přináší zátěž, psychosociální distres a jejich kvalita života je snižena. Autorka zmiňuje, že počet pečujících osob se v České republice odhaduje na 250.000 lidí.

4.13 Podpora a potřeby neformálního pečovatele

Dle Pechové (2019) je třeba pro přímou podporu pečujících zajistit jejich potřeby jako je mít dobré fyzické zdraví, zamezit a redukovat vyčerpání, mít dostatek odpočinku, zajistit ekonomickou stránku, mít praktickou a emoční podporu.

Pechová (2019) uvádí, že pečující mohou být vystaveni zvýšeným obavám či nejistotě v souvislosti s jejich budoucností, mohou mít pocity viny, smutku, frustrace, nežádoucí zvraty v životním stylu, horší ekonomickou situaci. S tím souvisí dle autorky větší pravděpodobnost výskytů problémů s jejich duševním zdravím až o více jak 20 % než u osob, které péči jiné osobě nezajišťují. Z tohoto důvodu by se měli odborníci více zajímat o psychickou zátěž neformálních pečovatelů, neboť následkem dlouhodobé zátěže bývá možné onemocnění v důsledku, kterého nemohou dále vykonávat neformální péči. V některých případech může dojít i k jejich zhroucení, popřípadě musí být sami hospitalizováni (Pechová, 2019).

Podle Viereckla, Lidinské a Votočkové (2016) je pro osobu vyžadující péči velmi důležité zůstat v domácím prostředí, neboť při léčbě je podstatná psychika pacienta, která má velký vliv na jeho zdravotní stav, proto je vhodné dávat při rozhodování přednost domácí péči před pobytovou sociální péčí, pokud je domácí péče v možnostech blízkých osob. Autoři také zmiňují že, pokud se rozhodneme o osobu blízkou pečovat, je potřebné si předem domácnost připravit podle mobility pečované osoby a případně ji vybavit různými pomůckami, které lze zakoupit či pouze zapůjčit na potřebnou dobu za stanovenou úhradu, neboť výrazně ulehčí zvládat péči pečujícího (např. sedátka do vany, madla, chodítka, berle, nástavce na WC, polohovatelná lůžka atd.).

4.14 Duchovní podpora

Nemocniční kaplan je dle Kabelky (2017) osoba, která uskutečňuje pastorační péči ve zdravotnických zařízeních, kde pracuje na bázi pověření stanovených církví

a smlouvy s nemocnicí. Autor píše, že kaplan nemocného přijímá v jeho přítomném stavu, většinou s fyzickými i psychosociálními obtížemi a emočními těžkostmi. Směřuje hledání v relaci s tím, co nemocný prožívá. Kabelka (2017) také uvádí, že v různých fázích nemoci dopomáhá hledat naději pomocí individuálního zaměření nemocného. Především prostřednictvím pastoračního rozhovoru přispívá k přijetí obtíží souvisejících s chorobou, utrpením a smíru se sebou samým, s druhými lidmi či s Bohem, vše pomocí vzbuzení víry a empatického naslouchání zosobňuje lidskou spřízněnost. Autor také uvádí, že duchovní služba je zásadním principem těchto profesí a měla by být zprostředkována spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu v práci s nemocným. Ideálně tak, aby mohla působit na nemocné, jeho blízké i personál, neboť spiritualita je významnou složkou vnímání nemoci a bezvýhradně se přenáší do kvality života nemocného i jeho blízkých. Kabelka (2017) zmiňuje, že pro nemocné, ale také pro nás není koneckonců jednoduché vnímat život s nemocí tak, že v něm můžeme objevovat pochopení a hodnoty. V katolické duchovní službě rozlišujeme pracovníky na pastorační asistenty, dobrovolníky a kněze. V rámci spirituality je původ vnímání nemoci přijímán dvěma možnými způsoby:

- pozitivistický – úrazy, které se souhrou skutečností staly, nedostatečné fungování organismu či původem jsou mutace, viry, bakterie
- psychosomatický – „pláč těla“, odezva či útěk z nějaké životní situace (Kabelka, 2017).

5 Financování

5.1 *Financování zdravotních služeb*

Příbyl (2015) uvádí, že na zajišťování zdravotních služeb a jejich organizaci se podílí stát, kraje, města i obce. Křiváková a Čížková (2016) ve své knize uvádějí, že zdravotní služby jsou většinou financovány z povinného Veřejného zdravotního pojištění dle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, výjimkou jsou nezaopatřené děti a senioři, za které je plátcem pojistného stát.

5.2 *Zdravotní pojišťovny a platba zdravotních služeb*

V České republice aktuálně působí v rámci ministerstva zdravotnictví sedm zdravotních pojišťoven:

- 1 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,
 - 2 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,
 - 3 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
 - 4 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
 - 5 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
 - 6 Zdravotní pojišťovna ministerstva České republiky,
 - 7 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna,
- (MZ, 2018).

Mimo všeobecné zdravotní pojišťovny se jedná o pojišťovny zaměstnanecké.

Pro svoji práci jsem využila informace od VZP ČR, protože má ve své evidenci nejvíce občanů ČR.

VZP ČR (2020) uvádí, že ze zdravotního pojištění se hradí takové zdravotní služby, které se poskytují s cílem zlepšení či zachování zdravotního stavu pojištěnce nebo aby se zmírnilo jeho utrpení. Jako příklad VZP ČR (2020) hradí:

- ústavní i ambulantní léčebnou péči, diagnostickou péči, rehabilitaci a péči o chronicky choré – také přípravky a zdravotní preparáty detekované v ústavní léčbě jsou zcela hrazeny ze zdravotního pojištění;
- záchranná a pohotovostní služba;
- preventivní péči;

- dispenzární péči – neustálá péče o dané skupiny nemocných či rizikových pojištěnců;
- poskytování léčivých přípravků při ústavní péči;
- poskytování zdravotnických prostředků – závisí na míře a závažnosti zdravotního postižení, přesné úhrady jsou uvedeny v Číselníku VZP – ZP, hrazení některých prostředků schvaluje revizní lékař pojišťovny po přezkoumání postižení;
- poskytování stomatologických výrobků – jsou stanoveny platným ceníkem jejich výrobků;
- lázeňská péče;
- péče ve specializovaných dětských léčebnách a ozdravovnách;
- transport nemocných a rekompensace cestovních nákladů;
- posudková činnost;
- posouzení zemřelého pojištěnce a pitvu s převozem.

Tyto služby jsou také hrazeny v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platné znění zákona (VZP ČR, 2020).

Salcman Kučerová (2015) píše, že primární podmínkou pro úhradu zdravotních služeb pojištěncům VZP v pobytových zařízeních se sociální službou je uzavřená zvláštní smlouva mezi těmito zařízeními a s VZP. Autorka dále uvádí, že tato smlouva se uzavírá tehdy, když o ni poskytovatel sociálních služeb požádá a zároveň prokáže, že ošetrovatelskou péči budou zajišťovat pracovníci, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání. V ostatních případech bude ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb hrazena pouze v případě stanovení ošetřujícího lékaře, dle podmínek uvedených v seznamu zdravotních výkonů pro individuální výkony (Salcman Kučerová, 2015).

5.3 *Financování neformálního pečovatele*

Dle Macha et al. (2018) má nárok na odměnu ve stejném rozsahu jako profesionální pečovatel poskytující sociální služby i pečovatel, který není zdravotnickým pracovníkem, ale vykonává každodenní péči.

Podle Truhlářové (2015) se evoluce demografického uspořádání společnosti stává velmi diskutovaným tématem, protože se postupně přetváří struktura populace České republiky tím směrem, že se zvyšuje počet seniorů a snižuje počet dětí mladších 15 let.

Dochází ke snížení porodnosti a prodloužení naděje dožití se vyššího věku. Autorka uvádí, že konsekvence se dotýkají všech oblastí sociálního a ekonomického vývoje, nejčastěji se zaměřují na obavy způsobené změnou věkového složení obyvatel. Dle ní je důvodem udržitelnost financování důchodového systému, zvyšování výdajů na sociální zabezpečení, zdravotní péče, a především nedostatek pracovních sil na trhu práce. Proto je podstatné zabývat se důležitostí rodinné péče o lidi závislé na pomoci druhých, jedná se nejen o seniory, ale také osoby s postižením v jakémkoliv věku (Truhlářová, 2015).

5.4 Příspěvky pro osoby se zdravotním postižením

Příbyl (2015) uvádí, že český sociální systém nemá sociální příspěvky speciálně pro seniory, ale řadí je pod dávky pro osoby se zdravotním postižením, se zřetelem na fakt, že mnoho seniorů má několik zdravotních postižení. Řeší se to v zákoně č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů a účinnou vyhláškou č. 388/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, která reguluje:

- Příspěvek na mobilitu
- Příspěvek na zvláštní pomůcku
- Průkaz osoby se zdravotním postižením, podle těžkosti zdravotního postižení (Příbyl, 2015).

5.5 Sociální systém ČR

Koldinská a Štefko uvádí, že Česká republika je typickou středoevropskou, respektive východoevropskou zemí, protože v polovině dvacátého století přijala sovětský model sociálního zabezpečení. Tento model vyústil, zejména s ohledem na osoby závislé na asistenci, na veřejně spravovaný systém sociální (dlouhodobé) péče, který se zaměřil zejména na poskytování dlouhodobé péče v ústavních zařízeních a na poskytování sociálních dávek (Koldinská, Štefko, 2018).

Sociální systém ČR je rozdělen do tří pilířů sociálního zabezpečení:

- I. sociální pojištění, které pojímá nemocenské pojištění, důchodové pojištění a veřejné zdravotní pojištění
- II. státní sociální podporu
- III. sociální pomoc, do níž spadá sociální péče a sociální služby (Příbyl, 2015).

Tabulka č. 1 - Schéma systému sociálního zabezpečení

| Sociální pojištění (tzv. pojistný systém) | Sociální podpora (zabezpečení) | Sociální péče (pomoc – zaopatření) |
|--|--|---|
| <p>Nemocenské pojištění</p> <ul style="list-style-type: none"> • nemocenské • ošetrovné • peněžité pomoc v mateřství • vyrovnávací příspěvek v těhotenství <p>Důchodové pojištění</p> <ul style="list-style-type: none"> • starobní důchody <ul style="list-style-type: none"> - při dosažení důchodového věku - „poměrný“ starobní důchod - při získání 30 let pojištění - při získání 15 let pojištění a potřebného věku - při splnění nároku na starobní důchod - při zániku nároku na invalidní důchod při invaliditě III. stupně • invalidní důchody <ul style="list-style-type: none"> - I. stupeň (dříve částečný) - II. stupeň (dříve částečný) - III. stupeň (dříve plný) • pozůstalostní důchody <ul style="list-style-type: none"> - vdovský, vdovecký - sirotčí <p>Pojištění v nezaměstnanosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • uchazeč o zaměstnání • zájemce o zaměstnání • podpora v nezaměstnanosti • rekvalifikace | <p>Státní sociální podpora</p> <ul style="list-style-type: none"> • v závislosti na výši příjmu <ul style="list-style-type: none"> - přídavek na dítě - příspěvek na bydlení - porodné • ostatní dávky <ul style="list-style-type: none"> - rodičovský příspěvek - pohřebné <p>Pěstounské dávky</p> | <p>Pomoc osobám postiženým domácím násilím</p> <p>Péče o těžce zdravotně postižené a staré občany</p> <p>Péče o osoby zdravotně znevýhodněné</p> <p>Sociální služby</p> <p>Příspěvky pro zdravotně postižené</p> <ul style="list-style-type: none"> • průkaz osoby se zdravotním postižením • příspěvek na mobilitu • příspěvek na zvláštní pomůcku <ul style="list-style-type: none"> - na zakoupení motorového vozidla - schodolez, stropní zvedací systém, schodišťové plošiny, schodišťové sedačky - na úpravu bytu - pořízení vodícího psa - na pomůcky uvedené ve vyhlášce (pro tělesně, zrakově a sluchově postižené) <p>Příspěvek na péči</p> <p>Dávky hmotné nouzi</p> <ul style="list-style-type: none"> • příspěvek na živobytí • doplatek na bydlení • mimořádná okamžitá pomoc |

(Zdroj: Pešlová, 2016, str.9)

Dávky uvedené v schématu je možné čerpat postupně od prvního pilíře až v případě po třetí pilíř, dávky jsou nastaveny od krátkodobého rázu zajištění po dlouhodobý ráz. Dále jsou dávky závislé na době pojištění či na příjmu (Pešlová, 2016).

5.6 Krátkodobé ošetřovné

Dle Viereckla, Lidinské a Votočkové (2016) v případě potřeby akutní péče o osobu blízkou lze využít krátkodobé ošetřovné, které je hrazeno z dávek nemocenského pojištění. Dle autorů žádost vystavuje ošetřující lékař pro ošetřovanou osobu. Také zmiňují, že tuto dávku mohou zaměstnané osoby čerpat maximálně po dobu devíti kalendářních dnů. V případě, že se jedná o zaměstnanou matku samoživitelku, která má v trvalé péči minimálně jedno dítě školního věku může čerpat dávku po dobu maximálně šestnácti kalendářních dnů (Viereckl, Lidinská, Votočková, 2016).

5.7 Dlouhodobé ošetřovné

Od 1.6.2018 je možné čerpat dávku nemocenského pojištění tzv. dlouhodobé ošetřovné, dle zákona č. 187/2006 Sb., zákon o nemocenském pojištění, ve znění platných předpisů.

Mrtková (2019) uvádí, že tuto dávku mohou využít lidé, co jsou nemocensky pojištění a chtějí pečovat o nemocného člena domácnosti či příbuzného. Autorka píše, že ošetřující osoba musí být nemocensky pojištěna minimálně 90 kalendářních dnů v posledních čtyřech měsících bezprostředně předcházejících dni začátku potřeby dlouhodobé péče či prvního dne převzetí péče. U OSVČ musí být splněna podmínka účasti na nemocenském pojištění po dobu 3 měsíců bezprostředně předcházejících dni zahájení dlouhodobé péče. Pokud osoba pobírá dávky dlouhodobého ošetřovného, nesmí v této době vykonávat osobně samostatně výdělečnou činnost (Mrtková, 2019).

Dlouhodobé ošetřovné lze uplatnit pouze na osobu, u níž nastalo významné zhoršení zdravotního stavu z důvodu vážné nemoci či úrazu, po němž následovala akutní hospitalizace ve zdravotním zařízení s délkou trvání alespoň sedmi kalendářních dnů po sobě jdoucích a současně ošetřující lékař zdravotnického zařízení usoudí, že zdravotní stav propouštěné osoby do domácího prostředí bude nezbytně vyžadovat celodenní péči minimálně po dobu následujících třiceti kalendářních dnů (Mrtková, 2019).

Nárok na dlouhodobé ošetřovné mají:

- a) manžel/ka nebo registrovaný partner/ka ošetřované osoby,

- b) příbuzný – dítě, rodič, prarodič nebo sourozenec tchýně, tchán, snacha, zeť, neteř, synovec, teta či strýc ošetřované osoby,
- c) manžel/ka, registrovaný partner/ka nebo druh/družka fyzické osoby výše uvedených v písmenu b,
- d) druh/družka ošetřované osoby nebo jiná fyzická osoba žijící s ošetřovanou osobou ve společné domácnosti, (Mrtková, 2019).

Nárok na dlouhodobé ošetřovné nemají:

- a) zaměstnanci činní na základě dohody o provedení práce,
- b) zaměstnanci účastní pojištění z příčiny výkonu zaměstnání malého rozsahu,
- c) odsouzení ve výkonu trestu odnětí svobody začlenění do práce a osoby ve výkonu zabezpečovací detence zařazené do práce,
- d) pojištěnci, kteří jsou žáky či studenty, se zaměstnáním, které je převážně v období školních prázdnin,
- e) vojáci v záloze ve výkonu vojenské činné služby,
- f) osoby pečující a osoby v evidenci ÚP, (Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů).

O dávku dle Mrtkové (2019) žádá zaměstnanec (pečující osoba) u svého zaměstnance s použitím formuláře pro žádost dlouhodobé péče a s rozhodnutím o potřebě dlouhodobé péče, které vystavuje ošetřující lékař zdravotnického zařízení v den propuštění do domácí péče. Zaměstnavatel s poskytováním dlouhodobé péče zaměstnancem může nesouhlasit, ale pouze pro vážné provozní důvody, které je povinen zaměstnanci sdělit. Zaměstnavatel je dále povinen po skončení péče zaměstnance opět zařadit na jeho původní práci i pracoviště a v době péče nelze dát zaměstnanci výpověď (Mrtková, 2019).

5.8 Zajištění služeb

Viereckl, Lidinská a Votočková (2016) uvádí, že na rozdíl od zdravotní domácí péče se sociální domácí péče poskytuje vždy za úhradu, kterou si organizace určuje sama podle smluvených úkonů, například při pomoci s osobní hygienou, úklidu, se zajištěním stravování atd. Nabídky a informace o těchto sociálních službách většinou zajišťují obecní úřady či sociální odbory města nebo přímo poskytovatel sociálních služeb.

Viereckl, Lidinská a Votočková (2016) uvádí, že i po propuštění z nemocnice může člověk potřebovat další odbornou péči a nemusí navštěvovat lékaře. V takové situaci dle

autorů je možné využít domácí zdravotní péči, kterou zajišťují zdravotní sestry poskytující ošetrovatelskou péči v domácnosti daného jedince. Autoři dále uvádí, že v domácím prostředí touto odbornou péčí mohou být aplikovány injekce, obvazy ran nebo poskytnuta rehabilitace. O takto poskytované péči rozhoduje ošetřující lékař pacienta, který má kompetence k předepsání domácí zdravotní péče a ta je hrazena zdravotní pojišťovnou maximálně však po dobu 14 dní (maximální frekvence 3x jedna hodina denně) od odchodu z nemocnice. Dále se zdravotním stavem zabývá praktický lékař, který také posuzuje trvalost potřebnosti péče. Jiné je to v případě, kdy si kompletní péči hradí člověk sám (Vireckl, Lidinská, Votočková, 2016).

5.9 Finanční nástroje neformální péče

Podle Truhlářové (2015) má poskytování neformální péče evidentní ekonomické následky na celou rodinu, neboť z důvodu poskytování neformální péče člověk pozdrží zaměstnání (přeruší kariéru) nebo pracuje na zkrácený úvazek. Tím mají rodiny nižší příjem a někdy se ocitají na sklonku chudoby, proto se finanční nástroje sociální politiky státu snaží tento důsledek zmírnit. Autorka uvádí, že finanční nástroje neformální péče můžeme rozdělit na dva druhy podle jejich zaměření:

- I. Finanční prostředky zaměřující se na pečovatele v systému sociální politiky, které publikují právní předpisy a vyhlášky:
 - ✓ Uplatnění důchodového pojištění a doba pečování se mu započítává pro nárok na starobní důchod.
 - ✓ Zdravotní pojištění za ně hradí stát tehdy, když pečuje o osoby ve II. – IV. stupni závislosti ve věku do či nad 18 let, ovšem i v případě že pečují o děti do 10 let, které mají I. stupeň závislosti.
 - ✓ Podpora v nezaměstnanosti do náhradní doby se uznává i čas osobní péče o fyzickou osobu závislou na druhé osobě ve II. – IV. stupni závislosti, ovšem podmínkou je společná domácnost se závislou osobou, kromě osoby, která se pokládá za osobu blízkou. Tedy doba pečování je brána jako náhradní doba zaměstnání, proto má rodinný pečovatel po skončení opatrování právo na podporu v nezaměstnanosti.
 - ✓ Pečující osoby, které se starají o závislé osoby ve II. -IV: stupni závislosti se neprověřuje možnost zvýšení příjmu vlastní prací, jestliže má právo na pomoc v hmotné nouzi (dostává příspěvek na

živobytí a je zapsána ve formuláři žádosti o příspěvek na péči jako osoba pečující).

- ✓ Na služební cesty mimo místo jejího zaměstnání může být delegována pouze s jejím souhlasem po doložení, že se sama stará dlouhodobě o osobu závislou ve II. – IV. stupni závislosti.
- ✓ Zaměstnavatel musí vyhovět s transformací pracovní doby, když o to pečující zažádá a nikterak tomu nezabraňují závažné provozní důvody.
- ✓ Osvobozen od daně z příjmu, který získá za péči od osoby závislé, až do výše čerpaného příspěvku na péči.
- ✓ Okresní správě sociální zabezpečení, zdravotní pojišťovně, úřadu práce a orgánu pomoci v hmotné nouzi písemným potvrzením prokazuje pečující osoba dobu péče pro účely důchodového pojištění, zdravotního pojištění, zaměstnanosti a hmotné nouze na základě vlastní žádosti vydané příslušným Úřadem práce České republiky.

II. Finanční prostředky zaměřující se přímo osobě pečovaného v systému sociální politiky

- ✓ Příspěvek na péči, kdy výše tohoto příspěvku podléhá uznanému stupni závislosti na pomoci druhé osoby. Je určena osobám starším jednoho roku, které jsou závislé na pomoci jiné osoby ve spojitosti se zvládnutím základních životních potřeb. Tento příspěvek je opětovnou dožadovanou dávkou, která se vyplácí každý měsíc. Rozlišujeme čtyři stupně závislosti na druhé osobě, kdy jedinec vlivem zdravotního stavu není schopen vykonávat péči o svoji osobu a autonomizovat se. Tehdy se sleduje 10 základních životních potřeb (v případě dětí pouze 9 základních životních potřeb) a to mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Dalším kritériem stanovení příspěvku je věk závislé osoby, kdy rozlišujeme jedince do 18 let a nad 18 let.
- ✓ V případě nízkých příjmů má nárok na dávky státní sociální podpory, například o příspěvek na bydlení (dle zákona č.177/1995

Sb., o státní sociální podpoře ve znění pozdějších předpisů) nebo o dávky hmotné nouze jako jsou příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc (dle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi ve znění pozdějších předpisů).

- ✓ Vyhovuje-li podmínkám, může žádat o dávky pro osoby se zdravotním postižením (dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením ve znění pozdějších předpisů), tehdy se jedná o opakující se příspěvek na mobilitu, v případě, že se závislá osoba pravidelně dopravuje a nezvládá základní životní podmínky v okruhu mobility a orientace, nebo o jednorázový příspěvek na zvláštní pomůcku jako např. příspěvek na pořízení nového automobilu, schodovou plošinu, vodícího psa, úpravu bytu atd.

Koldinská (2016) zmiňuje, že všechny výhody zmíněné v české právní úpravě jsou příznivé a pozitivní, přesto se domnívá, že je ještě co zlepšovat, např. v pracovněprávních vztazích mnohdy dochází k situaci, že ani zaměstnanci se zdravými dětmi nejsou schopni dohodnout se se zaměstnavatelem na změně pracovní doby, aby zajistili dobrou péči o děti. Autorka také uvádí, že zaměstnanci, kteří pečují o osobu závislou na jejich pomoci, většinou bývají v předdůchodovém věku, a proto ztráta zaměstnání je pro ně ztráta sociální jistoty. Proto se často brání požádat zaměstnavatele o dohodu týkající se úpravy pracovní doby, a tak je možno říci, že pracují nepřetržitě. Následky ustavičné práce na sebe jistě nenechají dlouho čekat a za nějaký čas může dojít k jejich selhání v zaměstnání nebo v pečování či k zdravotním potížím samotného pečujícího (Koldinská, 2016).

5.10 Příspěvek na péči

Viereckl, Lidinská a Votočková (2016) zmiňují, že příspěvek na péči je určen osobám, které jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci druhého člověka a splňují podmínku nepříznivého zdravotního stavu, který trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který determinuje jejich výkonné schopnosti potřebné pro zvládnání základních životních potřeb. Příspěvek nenáleží osobě, která pečuje, nýbrž osobě, o kterou je pečováno, ale musí být starší jednoho roku, aby jí mohl být příspěvek přiznán. Příspěvek lze použít výlučně na výlohy související se zaopatřením pomoci a podpory žadatele (Viereckl, Lidinská, Votočková, 2016).

Centrum pro komunitní práci střední Čechy (2018) uvádí, že nesoběstačný jedinec má nárok na finanční podporu v podobě příspěvku na péči, o který se žádá na nejbližší pobočce úřadu práce. Tento příspěvek je určen k úhradě potřebných poskytovaných služeb a jeho významem je i posílení kompetencí závislých osob na pomoci druhých lidí a pečujícím prostředí tak, aby si mohl každý vybrat pro něho nejprínosnější způsob poskytované péče (Příbyl, 2015). Autor také zmiňuje, že je to opakující se peněžitá dávka, která je legislativně upravena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Vyplácí se podle přiznaného stupně míry závislosti na druhé osobě. Během zjišťování zdravotního stavu se posuzuje také deset okruhů základních životních potřeb – mobilita (pohyblivost), orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyzické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (Pochmanová, 2015). Autorka také uvádí, že příspěvek je posuzován posudkovým lékařem po získání všech potřebných materiálů.

Centrum pro komunitní práci střední Čechy (2018) sděluje, že k příspěvku na péči mohou osoby závislé na péči ostatních žádat o příspěvek na bydlení, živobytí, doplatek na bydlení, o mimořádnou okamžitou pomoc, příspěvek na zvláštní pomůcku a úpravu bydlení, v případě zdravotního postižení i průkazy TP, ZTP, ZTP/P, držitel toho průkazu může žádat i o příspěvek na mobilitu.

V příručce Rady a tipy pro pečující se uvádí, že pečující osoba může být souběžně výdělečně činná, ale musí zajistit dostatečnou péči i po dobu, kdy je v zaměstnání. Prvotní povinností pečujícího je řádně pečovat o osobu, která je závislá na její péči, dále je povinna ohlásit změnu o hospitalizaci či úmrtí osoby, o kterou pečovala příslušným úřadům, a to ve lhůtě do 8 dnů od skutečnosti.

Dle Viereckl, Lidinská, Votočková (2016) v případě, že je člověk, o kterého je pečováno, hospitalizovaný, je třeba tuto změnu do 8 kalendářních dnů od hospitalizace nahlásit úřadu práce, který vyplácí příspěvek na péči. Výplata příspěvku však není pozastavena. Změna nastane až v okamžiku, kdy člověk pobírající příspěvek na péči je hospitalizovaný celý kalendářní měsíc (od 1. do 31. dne), pak nebude částka příspěvku na péči vyplacena. V případě, že dojde k jeho vyplacení, musí být daná částka vrácena (délka hospitalizace se dokládá propouštěcí zprávou či potvrzením hospitalizace) (Viereckl, Lidinská, Votočková, 2016).

6 Cíl práce a výzkumné otázky

6.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je identifikovat významy zdravotních služeb pro pečující rodiny.

6.2 Výzkumné otázky

Výzkumnými otázkami jsou:

1. Co vede člena rodiny stát se neformálním pečovatelem?
2. Co vede pečující rodiny k využití zdravotní služby pro nesoběstačného člena rodiny?

7 Metodika

7.1 Použitá metoda

Cílem této kapitoly je představení, jakým způsobem byla praktická část zpracovávána. Za účelem získání potřebných informací byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Dále kvalitativní výzkum probíhal metodou dotazování, technikou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor.

V kvalitativní výzkumné strategii podle Hendla (2005) neexistuje žádný všeobecně uznávaný způsob, jak ji stanovit nebo dělat. Autor také zmiňuje, že jedinečnost kvalitativní výzkumné strategie nespočívá pouze v absenci čísel, ale má široké označení pro rozdílné přístupy.

Podle Strausse a Corbinové (in Hendl, 1999, s. 15) je vymezení kvalitativní výzkumné strategie dosti jednoduchá, kdy tvrdí, že za kvalitativní výzkum můžeme považovat „jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“

Miovský (2006, s. 18) tvrdí, že kvalitativní výzkumná strategie v psychologických vědách „je přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracuje s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“

Reichel (2009) zase ve své knize tvrdí, že kvalitativní výzkumná strategie zahrnuje celou škálu postupů, které usilují o porozumění zkoumaného problému. Aspers a Corte (2019) píše, že na přesnou definici kvalitativního výzkumu a konkrétně takovou, která se zabývá jeho charakteristickým rysem „kvalitativní“, je literatura skromná. Kvalitativní výzkumná strategie je Richelem (2009) charakterizována jako nenumerické stanovisko, uplatněné v autentickém prostředí zkoumaných. Informace získané touto strategií jsou označovány za hlubší, terénně získané a autentické (Reichel, 2009).

Dle Hendla (2016) se na začátku celého výzkumu stanoví výchozí výzkumné otázky, které ale v průběhu výzkumu (při sběru a analýze dat) můžeme upravovat či doplňovat. Proto se kvalitativní výzkum pokládá za emergentní nebo pružný druh výzkumné strategie. Dále autor zmiňuje, že výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv sdělení, kterým přispívá k objasnění výzkumných otázek, vypracovává deduktivní a induktivní závěry. Primární metodou sběru dat je rozhovor, který může být

strukturovaný, polostrukturovaný nebo nestrukturovaný, přičemž každý typ má svá pozitiva i negativa (Hendl, 2016).

Gavora (2010) ve své knize uvádí, že metoda rozhovoru přináší spoustu informací od menšího počtu informantů, kdy získané informace je nezbytné výzkumně zpracovat. Výzkumné postupy, které vycházejí z kvalitativního rozhovoru, se koncentrují na individuální svět osob a na jejich chápání (Gavora, 2010).

Pro účely diplomové práce byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, což podle Miovského (2006) znamená, že si vytvoříme schéma, které je pro dotazovatele závazné. V tomto schématu si stanovíme okruhy otázek, na které se budeme informantů ptát. Při interview tedy můžeme podle potřeby a možnosti pořadí otázek upravovat a doplňovat dalšími otázkami, abychom tím maximalizovali výtěžnost rozhovoru (Miovský, 2006). Základem interview je příprava polostrukturovaného rozhovoru. Nejprve se v přípravě stanovují okruhy otázek, které budou v rozhovoru položeny.

V rozsahu své přípravy jsem si stanovila 18 otázek, které jsou položeny dotazovaným během rozhovoru. Otázky jsou složené tak, aby podněcovaly dotazované k bližšímu vysvětlení či k sdělení dalších nápadů k tématu. Scénář rozhovoru je přiložen v příloze č. 1. Díky polostrukturovanému rozhovoru můžeme měnit pořadí stanovených otázek dle situace, a také pokládat doplňující otázky, které nám zajistí větší množství informací a zkvalitní výzkum. Stanovené otázky nebyly kladeny při rozhovorech v určitém pořadí, vždy záleželo na průběhu rozhovoru. Některé otázky byly rozšířeny o doplňující otázky. Také byl dán prostor pro dotazované, aby své myšlenky mohli více rozvinout a doplnit o své poznatky k danému tématu.

7.2 Výzkumný soubor

Výběr informantů byl proveden metodou záměrného výběru. Tento typ výběru uvádí ve své knize Miovský (2006), který ho charakterizuje jako ten, při němž si výzkumník stanoví popis, podle kterého bude vybírat informanty pro svůj výzkum. Cíleně jsou vybírání informanti podle předem stanovených znaků. Znakem může být například pohlaví, věk, vzdělání, bydliště nebo pracovní pozice, maximální počet pro výběr by neměl být více jak pět znaků (Miovský, 2006).

Výzkumný soubor diplomové práce tvoří jedinci (neformální pečovatelé), kteří pečují o svého blízkého v nepříznivé životní situaci. Dále jsem si stanovila ty informanty, kteří využívají zdravotní služby z Kraje Vysočina. Organizace, které poskytují zdravotní služby na Vysočině byly vyhledány v registru zdravotních služeb.

Poté byly na stránkách organizací vyhledány kontaktní údaje na tyto organizace. Následně byl vybrán výzkumný vzorek pomocí vícestupňového náhodného výběru. Kontakty na organizace byly napsány na lístečky a postupovalo se podle náhodného výběru formou losování. Následně byla každá organizace seznámena s mým výzkumem a dotazována, zda by byla ochotna zprostředkovat kontakt s neformálním pečovatelem, který využívá jejich služby. Po obdržení seznamu možných informantů, jsem opět náhodným výběrem vylosovala dotazované informanty.

Losování probíhalo do té doby, než se odpovědi neformálních pečovatелů na kladené otázky nepodobaly. Nakonec bylo vylosováno deset neformálních pečovatелů. Z toho jeden neformální pečovatel odmítl účast na mém výzkumu, a to z důvodu jeho časového vytížení při péči v kombinaci se svými zdravotními problémy. Definitivní výzkumný vzorek tedy tvořilo devět neformálních pečovatелů, kteří využívají zdravotní služby v Kraji Vysočina.

7.3 Realizace výzkumu

Realizace výzkumu se konala v měsíci leden a únor roku 2020. Kontaktní údaje k vybraným organizacím byly získány z jejich webových stránek. Nejdříve jsem všechny dotazované organizace telefonicky oslovila o součinnost k mému výzkumu. Dvě vybrané organizace souhlasily se zprostředkováním a předáním kontaktů na neformální pečovatele, kteří aktuálně využívají jejich služeb. Dvě vybrané organizace spolupráci na mém výzkumu odmítly. Veškeré informace od organizací, které souhlasily se součinností na mém výzkumu byly předávány prostřednictvím e-mailové komunikace. Následně jsem telefonicky kontaktovala pět neformálních pečovatелů z každé organizace. Jeden neformální pečovatel mou oslovený odmítl účast na mém výzkumu.

Individuální setkání proběhlo s devíti neformálními pečovateli. Přes telefonické spojení jsem si s jednotlivými informanty sjednala schůzky, které u šesti z nich probíhaly v jejich domácím prostředí, bez přítomnosti jiných osob. Pouze ve dvou případech si informanti zvolili pro schůzku bezprizorní místo v blízkosti jejich bydliště. V jednom případě nebylo osobní setkání s informantem reálné. Proto byl rozhovor po domluvě s informantem proveden prostřednictvím telefonu.

Nejdříve byli všichni informanti mnou upozorněni na časovou dobu délky výzkumu, ze kterého bude proveden záznam na diktafon pro použití informací v mé diplomové práci. Průměrná délka výzkumu s každým informantem se pohybovala

v rozmezí 40 až 50 minut. Celý rozhovor byl mnou zaznamenáván na diktafon a následně byla zjištěná data zpracována.

Na začátku dialogu jsem položila každému neformálnímu pečovateli informační otázku ohledně jeho osoby. Poté jsem navázala dotazem, o jakou osobu pečují. Další otázky se týkaly samotné péče o nesoběstačnou osobu, co vše zajišťují ohledně péče a jak tuto péči vnímají oni. Následovaly otázky týkající se zdravotních služeb, zjišťovala jsem jaké služby využívají, co je vedlo k oslovení těchto služeb. Jako poslední byly kladeny otázky zaměřené na financování. Na závěr jsem každému informantovi poděkovala za čas, který mě věnoval.

7.4 Zhodnocení výsledků

Vyhodnocení výsledků analýzy kvalitativních dat jsem aplikovala metodu vytváření trsů. Podle Miovského (2006) slouží metoda vytváření trsů k seskupení a konceptualizaci jistých výroků do skupin. Ty se vytváří na základě nějaké podobnosti mezi ztotožněnými jednotkami, čímž vznikají obecnější kategorie. V těch jsou asociovány opakující se určité znaky mající jisté charakteristické uspořádání (Miovský, 2006). Autor ve své knize uvádí několik možností překryvů, které následně můžeme ve výsledcích označit jako:

- Tematické překryvy – vyhledávání úzce vymezeného tématu v odpovědích
 - Časové překryvy – vyhledávání příhod z určitého prostoru
 - Prostorové překryvy – vyhledávání příhod v určitém čase
 - Personální překryvy – vyhledávání okolností za účasti určitých osob
- Miovský (2006).

Získaná data z rozhovoru byla mnou následně zpracována. Barevně jsem si vyznačila informace, které se v odpovědích opakovaly nebo měly především tematicky podobné výroky, ty jsem následně shromažďovala do jednotlivých trsů. Trsy jsou přehledně označené a také pro lepší představu jsou doplněny výroky jednotlivých informantů.

7.5 Etika výzkumu

Ve výzkumu je velmi důležité dodržování etických zásad, tedy zachování pravidel a chránící práva informantů. Stručné etické aspekty uvádí ve své knize Miovský (2006) následovně:

- dobrovolný souhlas s účastí na výzkumu,

- odstoupení účastníků od účasti na výzkumu,
- ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu.

Dle Švaříčka (2016) je zapotřebí dodržet při kvalitativním výzkumu několik pravidel. Především se jedná o zamezení zveřejňování údajů, které by mohly vést k určení totožnosti informantů. Dále pak o poučení a souhlas s možností přístupu informantů ke zhotoveným výsledkům práce (Švaříček, 2016). Důraz na informovaný souhlas uvádí i Resnik (2018), který má za to, že důvěra a souhlas jsou úzce propojeny.

Rozšířenější etické zásady zmiňuje Hendl (2016):

- K výzkumu je nutné získat informovaný souhlas – informant je před zahájením výzkumu informován o náležitostech výzkumu a s jeho účastí musí souhlasit.
- Nezletilí nemohou informovaný souhlas poskytnout, je však nezbytné opatřit jiný souhlas s účastí nezletilého na výzkumu.
- Aktivní nebo pasivní souhlas – aktivní souhlas představuje podpis daného dokumentu, pasivní představuje podpis v případě nesouhlasu s účastí.
- Možnost ukončení účasti na výzkumu kdykoliv v jeho vývoji.
- V případě zamlčení informací aktérům v nevyhnutelné okolnosti musí dojít k předání všech informací po dokončení výzkumu.
- Identita aktérů výzkumu by měla být skryta – pokud není možné účinkovat anonymně, výzkumník nesmí údaje o účastnících zveřejnit.

Při psaní této diplomové práce byl kladen velký důraz na dodržení etických zásad. Oslovení informanti byli seznámeni s dobrovolností na mém výzkumu. Ti, kteří souhlasili s účastí, byli obeznámeni s výzkumem, k němuž se použije poskytnutý rozhovor. Komunikační partneři, kteří nesouhlasili s účastí na výzkumu, nebyli dále vyzýváni k další spolupráci, tudíž jejich přání bylo respektováno. Informanti byli také informováni o anonymitě, tedy nezveřejňování jejich osobních údajů. Ve výsledcích tohoto výzkumu nejsou uveřejněna jména informantů, názvy organizací, přestože jsem měla tyto informace k dispozici. Z důvodu uchování anonymity jsou ve výsledcích informanti označeni čísly 1 až 9, aby nebylo možné identifikovat informace od jednotlivých osob. Výsledky výzkumu byly informantům po zhotovení nabídnuty k seznámení. Vzhledem k aplikovaným opatřením souvisejícím s anonymitou pokládám etické zásady v této diplomové práci za splněné.

8 Výsledky

V této kapitole prezentuji vyhodnocené výsledky, které jsem získala v průběhu rozhovoru s informanty.

Výsledky výzkumu jsou zhodnoceny metodou vytváření trsů. V odpovědích informantů jsem vyhledala převážně tematické překryvy. Neformální pečovatelé jsem z důvodu anonymity označila jako informant 1 až 9. Zkoumaný vzorek tvořili neformální pečovatelé, kteří využívají alespoň jednu zdravotní službu v Kraji Vysočina. V charakteru zachování anonymity však nejsou zveřejněny informace o zmíněných zdravotních službách. Aby byla zajištěna anonymita byly vynechávány úseky rozhovoru, dle kterých by mohli být informanti identifikováni. V následujícím textu jsou představeny pouze základní informace o informantech, které jsou určeny ke snadnějšímu zorientování se ve výsledcích.

V tabulce č. 2 uvádím základní údaje o neformálních pečovatelích – pohlaví, věk, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání a zaměstnání.

Tabulka č. 2 – Přehled údajů o informantech

| | Pohlaví | Věk | Rodinný stav | Nejvyšší dosažené vzdělání | Zaměstnání |
|-------------|---------|-----|--------------|----------------------------|------------------------|
| Informant 1 | Muž | 42 | Ženatý | středoškolské | Invalidní důchodce |
| Informant 2 | Žena | 55 | Rozvedená | vyučení | Prodavačka |
| Informant 3 | Žena | 65 | Vdaná | vyučení | Starobní důchodkyně |
| Informant 4 | Muž | 36 | Ženatý | středoškolské | Daňový poradce |
| Informant 5 | Žena | 51 | Rozvedená | vyučení | Domácí péče |
| Informant 6 | Žena | 89 | Vdaná | vyučení | Starobní důchodkyně |
| Informant 7 | Žena | 67 | Vdova | vyučení | Starobní důchodkyně |
| Informant 8 | Žena | 35 | Svobodná | vysokoškolské | Prodejce na e-shopu |
| Informant 9 | Žena | 55 | Vdaná | vyučení | Poštovní doručovatelka |

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z tabulky vyplývá, že neformální péči zajišťují převážně ženy, kdy z devíti informantů je sedm žen a pouze dva muži.

Šest informantů je středního produktivního věku a tři informanti jsou věku důchodového. Nejmladší je informant 8 ve věku 35 let a nejstarší informant 6 ve věku 89 let.

Z rozhovorů vyplynulo, že u pěti informantů je rodinný stav ženatý/vdaná. Dva informanti jsou rozvedení, jeden informant je svobodný a jedna z informantů je vdova.

Šest informantů má nejvyšší dosažené vzdělání vyučení, dva informanti mají středoškolské a jeden informant vysokoškolské vzdělání.

Informant 1 je v produktivním věku a pobírá invalidní důchod. Informanti 2, 4, 8 a 9 jsou zaměstnaní, informanti 3, 6 a 7 jsou starobní důchodci. Informant 5 uvedl domácí péči jako zaměstnání.

Zajímavostí je, že informant 1 a informant 4 jsou muži oba ženatí a mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Specifické je, že informantka 8 je nejmladší a má vysokoškolské vzdělání.

8.1 Výsledné trsy

Výsledné trsy vznikly seskupením autentických výpovědí informantů. V této diplomové práci jsou označeny jednotlivé trsy následovně:

- první trs – Okolnosti péče
- druhý trs – Potřeby péče
- třetí trs – Role pečovatele
- čtvrtý trs – Zdravotní služby
- pátý trs – Financování

8.2 Okolnosti péče

První trs se zabývá tím, o koho vlastně informant pečuje a v jaké míře. Jaký je jeho vztah k nesoběstačné osobě a jaký je důvod závislosti osoby na jeho péči.

Tabulka č. 3 je zahrnuje přehled výpovědí okolností péče. Jaký je vztah pečující osoby k nesoběstačné osobě, z jakého důvodu se stala osoba nesoběstačnou a jaký má přiřazen stupeň závislosti. Dále je uvedeno, jak dlouho trvá péče informantů o nesoběstačnou osobu.

Tabulka č. 3 – Přehled výpovědí o okolnostech péče

| | Vztah k nesoběstačné osobě | Důvod nesoběstačnosti | Stupeň závislosti | Délka péče |
|-------------|----------------------------|--|-------------------|------------|
| Informant 1 | Syn a manželka | Následky autonehody | IV. | 8 let |
| Informant 2 | Dcera | Stáří | IV. | 8 let |
| Informant 3 | Dcera | Stáří | I. | 5 let |
| Informant 4 | Syn | Onkologické onemocnění | III. | 2 měsíce |
| Informant 5 | Matka | DMO – komplikovaný porod | IV. | 25 let |
| Informant 6 | manželka | Po CMP | III. | 8 měsíců |
| Informant 7 | Matka | Vrozený rozštěp páteře, amputace dolní končetiny | IV. | 43 let |
| Informant 8 | vnučka | Stáří | IV. | 4 roky |
| Informant 9 | dcera | Onkologické onemocnění | IV. | 3 měsíce |

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z dosažených výsledků vyplývá, že všichni dotazovaní informanti pečují o osobu blízkou. Což znamená, že žádný z informantů nepečuje o cizí osobu.

Informant 1 zajišťuje péči dvěma blízkým osobám, které se nesoběstačnými staly z důvodu dopravní nehody. O jejím zdravotním stavu vypověděl následující: *Vše se nastalo po autonehodě, kterou jsme měli s manželkou a synem. Manželka má poškozený mozeček a levou pŕlku tĕla. Syn má otok na mozku, ted' jeho zdravotní stav lékaři přiřazují k těžké dětské mozkové obrně.* Informanti 2, 3 a 8 uvedli, že zajišťují péči nesoběstačné osobě z důvodu stáří. Z výpovědí vyplývá, že jejich zdravotní stav se zhoršuje s jejich věkem. Pro zajímavost uvádím odpověď informanta 2: *Matce se postupně k zdravotním problémům přidala Parkinsonova choroba a stařecká demence.*

Informant 3 sdělil: *Z důvodu stáří, matce začíná demence, je diabetik a má léčbu krvácivých projevů.* U informantů 4 a 9 je důvodem péče o nesoběstačnou osobu onkologické onemocnění. Informant 5 a 7 pečuje o osobu s vrozeným postižením. Jedná se o těžkou dětskou mozkovou obrnu z důsledku komplikovaného porodu a vrozený rozštěp páteře s následnou amputací dolní končetiny. Informant 6 sdělil, že důvodem nesoběstačnosti, o kterou pečuje byla cévní mozková příhoda. Uvádí: *Manžel je po cévní mozkové příhodě, což velmi výrazně zhoršilo jeho zdravotní stav vzhledem k jeho věku. Také je diabetik.*

Všichni informanti míru závislosti na jejich péči uvedli dle stupně závislosti I. stupeň – lehká, II. stupeň – středně těžká, III. stupeň – těžká a IV. stupeň – úplná. Šest informantů pečuje o osobu s úplnou závislostí. Dva informanti o osobu s těžkou závislostí. Zajímavá je odpověď informanta 3, který sdělil: *Při určování stupně soběstačnosti byl stanoven stupeň I., protože matka odmítá skutečnou realitu o svém zdravotním stavu. Tvrdí, že vše zvládá sama, ale opak je pravdou. Dle mého názoru by měla být zařazena do vyššího stupně soběstačnosti.*

Poslední informací v této tabulce je délka péče o nesoběstačnou osobu. Z tabulky vyplývá, že každý z informantů pečuje o nesoběstačnou osobu od krátkodobé péče, která trvala 2 až 3 měsíce až po péči dlouhodobější v 4 až 8 let. Dva informanti uvedli, že jejich péče je opravdu dlouhodobá, neboť trvá od narození opečovávané osoby až do současnosti, což je v jednom případě 25 let a v druhém případě dokonce 43 let. Tito informanti jsou si plně vědomi toho, že jejich péče může pokračovat dalších několik let, protože zdravotní stav opečovávané osoby je stabilizován.

8.3 Potřeby péče

Druhý trs řeší potřeby péče. Zaměřuje se na péči o nesoběstačnou osobu, co vše taková péče obnáší, jaké životní potřeby jsou v danou chvíli zajišťovány. Informantům byla kladena otázka, zda před tím, než se rozhodli stát neformálním pečovatelem, měli již nějaké informace, popřípadě nějaké zkušenosti. Kolik hodin denně věnují péči. Co vidí při péči jako nejobtížnější a zda nastaly v jejich životě zásadní změny, týkající se změny bydlení a změny zaměstnání. Zjištěné informace jsou uvedeny v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 – Přehled výpovědí o potřebách péče

| | Setkání s péčí již v minulosti | Kolik hodin denně pečují | Změny v životě z důvodu péče (*) | | |
|----------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------|---------------------|
| | | | * | Změna bydlení | Změna zaměstnání |
| Informant 1 | Ne | 24 hodin | Ano | Ano | Ne |
| Informant 2 | Ano | 24 hodin | Ano | Ne | Ano |
| Informant 3 | Ano | 2 hodiny | Ano | Ne | Ne |
| Informant 4 | Ne | 5 hodin | Ne | Ne | Ne |
| Informant 5 | Ne | 24 hodin | Ano | Ano | Ano |
| Informant 6 | Ano | 24 hodin | Ano | Ne | Ne |
| Informant 7 | Ne | 24 hodin | Ano | Ano | Ano |
| Informant 8 | Ne | 24 hodin | Ano | Ne | Ano |
| Informant 9 | Ne | 24hodin | Ano | Ne | Ne |

(Zdroj: vlastní výzkum)

Ohledně potřeb, týkající se zajištění péče o nesoběstačnou osobu šest informantů sdělilo, že před vzniklou situací neměli žádné zkušenosti ani bližší informace, co všechno péče obnáší. Pouze tři z informantů se v minulosti setkali s péčí o osobu blízkou. Informanti 2 a 3 uvedli, že oni přímo nepečovali, ale jejich rodiče tuto péči zajišťovali. Nyní se právě oni dostali do situace, kdy pečují o své matky. Informant 2 uvedl: *V minulosti se matka starala o otce. Já jsem jí v péči byla pouze nápomocna.* Informant 3 uvedl: *Já sám jsem do této doby péči pouze viděl, ale nikdy jsem ji*

nezajišťoval. Informant 6 jako jediný měl přímou zkušenost s péčí o osobu závislou na jeho péči, již v minulosti. Informantka sdělila: *Pečovala jsem s manželem o našeho syna, který měl onkologické onemocnění, ale jenom krátkou dobu.*

Informanti obstarávají péči denně. Sedm informantů uvedlo, že se jedná o celodenní péči. Informant 3 zajišťuje péči 2 hodiny denně a informant 4 pečuje 5 hodin denně. Zaujala mě odpověď informanta 9, který uvedl, že o osobu pečuje 24 hodin denně, ne však sám, ale za pomoci dalších členů rodiny. Informant 4 mi sdělil: *Pečuji přibližně 5 hodin denně, zajišťuji úkony, které matka sama nezvládá.*

Přestože informanti na otázku, co vše obnáší jejich péče, odpověděli, že úplně všechno. Uváděli, že zabezpečují pomoc s hygienou, chodem domácnosti, stravou, oblékáním, podáváním léků, úpravu lůžka, pomoc s pohybem, doprovod k lékaři, nákupy, zajištění přepravy. Z uvedených výsledků je zřejmé, že každý v jiném rozsahu. Například informant 2 mi sdělil: *Ted' už je to celodenní péče od pomoci vybrat si oblečení, obléct, přípravy jídla, pití, osobní hygieny, tak pomoc při pohybu, chodu domácnosti, podávání léků, přebalování, zajištění návštěv u lékařů a všechno potřebné. Vzhledem k tomu, že má matka problémy s orientací a ztrátou paměti při hlídání využívám dětskou chůvičku.* Informant 3 uvedl: *Já zajišťuji převážně chod domácnosti, občas obědy, dopomoc při velké hygieně, nákupy, dopravu k lékaři a doprovod mimo dům. Také zařizují, aby byla péče doplněna zdravotní a pečovatelskou službou. Z toho vyplývá, že informant 3 plní i funkci koordinátora.*

Doplňující otázkou jsem se dotazovala, co je pro ně při péči nejnáročnější. Pět z dotazovaných uvedlo manipulaci s osobou. Velice zajímavá je odpověď informanta 1: *Já jsem vše přijal automaticky, tak jak to nastalo a mohu říct, že jedu jako robot. Máme nastavený denní režim, který z mého pohledu funguje. Mohu zmínit, že občas je opravdu hodně náročná náladovost manželky.* Informant 3 uvedl: *Nejhorší je pro mě vyjít s matkou během našich osobních kontaktů. Máme hodně napnuté vztahy z minulosti a péče je doprovázena emocemi.* Pro zmínku uvádím ještě odpověď informanta 6: *Vzhledem k mému věku a zdravotnímu stavu bych tuto péči bez pomoci své dcery nezvládla.*

Na otázku, zda nastaly z důvodu péče o osobu blízkou nějaké životní změny, například v prioritách, v bydlení, v zaměstnání. Péče o osobu blízkou se pro všechny stala důležitou a z odpovědí je jasné, že se změnil žebříček hodnot v jejich životě. Pouze informant 4 uvedl: *Prozatím nevnímám žádné životní změny, ale je pravděpodobné, že*

se budou časem měnit s ohledem samozřejmě na zdravotní stav matky, aby byla její péče i do budoucna opravdu řádně zajištěna. Prozatím mi vycházejí i v práci vstřícně, mám flexibilní pracovní dobu.

Změna v bydlení, nastala pouze u informantů 1, 5 a 7 a to z důvodu zajištění bezbariérového přístupu. Všichni informanti uvedli, že své domácnosti museli vybavit různými kompenzačními pomůckami v návaznosti na jejich postižení či onemocnění. Informant 9 uvedl, že si nesoběstačnou osobu přestěhoval do své nemovitosti.

Co se týká změny v zaměstnání, tak čtyři informanti v důsledku péče své zaměstnání ukončili.

8.4 Role pečovatele

Třetí trs zkoumá roli pečovatele. Výsledkem tohoto trsu jsou odpovědi na otázky, jak se ujmou role neformálního pečovatele, co je přimělo se jím stát. Zda prováděli nějakou přípravu na tuto roli, kde zjišťovali a vyhledávali informace. Jestli nachází podporu a pomoc u rodinných příslušníků při péči. Další otázka byla směřována k pochybnostem či krizi v péči. Poslední otázka se týkala udržování sociálního kontaktu. Výstupem je stručný přehled odpovědí na otázky v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 – Přehled výpovědí o roli pečovatele

| | Příprava na roli pečovatele | Pomoc rodinných příslušníků | Dostavily se pochybnosti v péči či krize | Sociální kontakt s okolím | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|--|---------------------------|-------------|
| | | | | Pečující | Opečovávaný |
| Informant 1 | Ne | Ano | Ne | Ne | Ne |
| Informant 2 | Ano | Ano | Ano | Ano | Ne |
| Informant 3 | Ne | Ano | Ano | Ano | Ne |
| Informant 4 | Ne | Ano | Ano | Ano | Ne |
| Informant 5 | Ne | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Informant 6 | Ne | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Informant 7 | Ne | Ne | Ano | Ano | Ne |
| Informant 8 | Ne | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Informant 9 | Ne | Ano | Ne | Ne | Ne |

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z odpovědí informantů vyplývá, že hlavní důvodem stát se neformálním pečovatelem je péče o osobu blízkou. Ve většině případů zajištění důstojného stáří, dále morální povinnost a v neposlední řadě také okolnosti, které v rodině nastaly. Zaujala mě odpověď informanta 6, ve které uvedl: *Slíbili jsme si manželský slib před Bohem, tudíž v dobrém i zlém.* Specifická je odpověď informanta 3: *Je to moje povinnost k matce, jsem jediná dcera, kdybych nemusela, tak o ní nepečuji. Bylo by stejně nejlepší pro obě strany, kdyby matka dala souhlas s umístěním do domova důchodců.* Naopak informant 1 uvedl, že k péči ho přiměli následky autonehody.

Dále jsem se informantů ptala, zda u nich proběhla příprava na roli pečovatele dříve, než nastala skutečnost péče. U osmi informantů neproběhla žádná příprava na roli neformálního pečovatele. Nezjišťovali si informace a ani jim potřebné informace nebyly předány. Sedm z nich uvedlo, že informace získávali postupně většinou až v okamžiku té dané potřeby. Také se dle možností radili se známými a postupně se učili pečovat. Šest informantů dodalo, že od ošetřujících lékařů získali minimum informací týkajících se zdravotního stavu blízkých osob. Velice emočně na mě působila odpověď informanta 9: *V nemocnici se mě mi sdělil diagnózu onemocnění matky a zeptal se, zda mám nějaké otázky. Jak můžete vědět na co se ptát, když nevíte, jaké budou problémy a co to vlastně bude obnášet. Až doma jsme vlastně zjistili, jak na tom matka je. Od lékaře jsem dostala informace jen ohledně medikace a jak bude probíhat léčba z jejich strany. Nikdo nám neřekl, co bude potřeba, co si máme vyřídit, všechny potřebné informace z mého pohledu důležité jsme si postupně zjišťovali sami od známých, kteří mají zkušenosti s péčí.* Pouze informant 2 se na roli pečovatele připravoval. Sdělil mi: *Převážně jsem četla knihy, odbornou literaturu k tématům, která mě zajímala. Matčin stav se zhoršoval postupně, proto jsem měla dostatek času si vše nastudovat. Také jsem se radila s ošetřujícím lékařem a využila jsem zkušenosti z minulosti.*

Osm informantů uvedlo, že velkou podporou při této práci jsou ostatní členové rodiny, kteří pomáhají jak po psychické, tak i fyzické. Pouze informant 7 nemá žádnou pomoc, ale uvádí, že psychickou oporou jsou mu známí, které on sám nechce zatěžovat přímou péčí.

Odpovědi informantů ohledně adaptace na danou situaci byly téměř totožné. Je to velká psychická zátěž pro pečující i opečovávané. Informanti hledali převážně pomoc u rodinných příslušníků, kde ji také nacházeli. Informant 5 vidí velkou pomoc s adaptací

a vyrovnání se s danou skutečností v setkání rodin, které pečují také o děti s postižením. Naopak informant 7, který také pečuje o osobu s postižením, uvedl: *Časem se adaptujete, ale stejně pořád řešíte otázku, proč zrovna nám se narodilo dítě s postižením.*

Pochybnosti či krize v péči se u většiny dotazovaných informantů dostavila u některých opakovaně. Pouze dva informanti uvádějí, že krizi v péči nevnímají. Informant 1 na otázku uvedl: *Nedostavila se žádná pochybnost nebo krize v péči. Jako taková, že bych přestal pečovat, to bych ani nikdy neudělal. Jsme rodina a chci abychom i nadále žili pořád spolu. Domnívám se, že jsem opravdu v pohodě.* Informant 9 opověděl: *Všechno je tak rychlé, že k tomuto ještě opravdu nedošlo, se vším se teprve srovnáváme, nemám kapacitu nad něčím takovým přemýšlet. Snažím se tu být nyní jenom pro maminku.*

Co se týče sociálního kontaktu, tak sedm informantů se i nyní při péči o osobu nesoběstačnou s okolím stýkají, tedy udržují i nadále sociální kontakt. Dva informanti zmínili, že se aktuálně s okolním moc nestýkají. Informant 1, který vykonává roli pečovatele již osmým rokem, řekl: *Já bych kontakty udržoval, ale okolí neudržuje. Ze začátku bylo kontaktů více, ale teď už udržujeme kontakty jenom s rodinou. Já i manželka máme jednoho kamaráda, který se za námi občas zastaví, ale není to moc často. Asi takto, my se nestraníme, ale ostatní se s námi už moc nechtějí stýkat. Jinak na některé akce ve vesnici se snažíme chodit.* Informant 9 vnímá, že kontakt s okolím neudržuje. Sdělil: *Dochází k nám jenom blízcí příbuzní, kteří mi převážně pomáhají s péčí. Na další kontakty nemám čas ani náladu.* Opečovávané osoby sociální kontakt moc neudržují, dle výpovědí informantů je sociální kontakt u opečovávaných ovlivněn zejména jejich zdravotním stavem a aktuálními okolnostmi.

8.5 Zdravotní služby

Čtvrtý trs se zabývá zdravotními službami, které neformální pečovatelé využívají. Výsledkem tohoto trsu je zjištění, proč a jak často pečovatelé využívají pomoc zdravotních služeb. Další otázkou bylo, jak a kdy se o možnostech pomoci zdravotních služeb dozvěděli. V rámci upřesnění odpovědí jsem se dotazovala, k jakému zlepšení by mohlo ze strany zdravotních služeb dojít. V tabulce č. 6 uvádím přehled odpovědí informantů na mé otázky týkající se intervalů využívání zdravotních služeb a jakým způsobem získali informace o zdravotních službách.

Tabulka č. 6 – Přehled výpovědí o zdravotních službách

| | Interval využívání zdravotních služeb | | Jak se o zdravotních službách dozvěděli | | |
|-------------|---------------------------------------|-----------|---|-------|------|
| | Pravidelně | Výjimečně | Lékař | Známí | Sami |
| Informant 1 | X | | X | X | X |
| Informant 2 | | X | X | X | |
| Informant 3 | X | | X | X | |
| Informant 4 | X | | X | X | |
| Informant 5 | | X | X | | X |
| Informant 6 | X | | X | | |
| Informant 7 | X | | X | | X |
| Informant 8 | X | X | | X | |
| Informant 9 | X | | | | X |

(Zdroj: vlastní výzkum)

Všech devět informantů využívají zdravotní služby k pomoci jejich neformální péče, neboť ke všem dojíždí profesionální zdravotní sestra do jejich bydliště, která vykonává odborné úkony. V tom vidí informanti velkou pomoc jak odbornou, tak časovou. Za účelem potřebných úkonů nemusí opečovávanou osobu nikam převážet, popřípadě nemusí být hospitalizována.

Sedm informantů vypovědělo, že využívají pouze jednu zdravotní službu. Informanti uváděli, že mezi nejčastější úkony, které zdravotní služby provádí patří převazy ran, cvičení, odběry krve, aplikace injekcí, podání infúzí a kontrola katetru. Informant 1 využívá více zdravotních služeb současně uvedl: *Ted' zrovna k nám dojíždí zdravotní sestra 2x týdně, kdy převazuje manželce ránu. Jinak k nám jezdí už několikátý rok fyzioterapeuti, kteří denně 2 hodiny cvičí jak se synem, tak i s manželkou. Ještě s manželkou dojíždím 1x týdně na rehabilitaci, která trvá pouze 45 minut. Pravidelně jezdíme do lázní, se synem 2x do roka a s manželkou 3x do roka, vždy na 4 týdny. Dva informanti, kteří se starají o osobu s postižením, uvedli, že lázeňské pobyty využívali v minulosti. Informant 8 využívá služby podle druhu úkonů pravidelně i výjimečně, uvedl: *Z důvodu zdravotního stavu babičky jsme museli na každý její převoz, tedy**

převážně k lékaři, volat sanitku, protože mohla cestovat pouze v leže. Takže i tuto službu jsme využívali. Informant 3 dodal ještě ke zdravotní službě, službu pečovatelskou, sdělil: K matce dojíždí pravidelně zdravotní sestra, která s matkou cvičí, dělá jí pravidelné odběry a převazy. Péči o matku doplňuje pečovatelská služba, která pomáhá s ranní hygienou, stravováním, dohlíží na užití medikace a zajišťuje běžný úklid domácnosti. Musím to takto mít zařízené, protože nemohu o matku celodenně pečovat. Takto vím, že je její péče zajištěna dobře a matka má vše, co potřebuje.

Informanti se o využívání zdravotních služeb dozvěděli od lékařů, známých nebo si je zjišťovali sami. Šest informantů se o využívání těchto služeb dozvědělo od ošetřujících lékařů v nemocnici při propouštění. K tomu měli tři informanti ještě další informace od známých a další dva informanti si po rozhovoru s lékařem ještě zjišťovali další informace sami převážně na internetových stránkách. Pouze informant 1 využil k získání informací všechny způsoby, uvedl: *Hodně věcí jsem konzultoval s lékaři, protože chci, aby měli nejlepší péči, která posune jejich zdravotní stav správným směrem. Sbíral jsem informace i od známých a také sám jsem spoustu informací získal vyhledáváním na internetu.* Informant 8 se dozvěděl o možné zdravotní službě pouze od známých. Naopak informant 9 si informace o zdravotních službách vyhledával sám.

Všech devět informantů se shodlo, že k oslovení využití zdravotních služeb je dovedlo zhoršení zdravotního stavu opečovávané osoby. Dva informanti dodali, že oslovením zdravotní služby chtějí předejít hospitalizaci v nemocnici. Informant 6 uvedl: *Nechtěli jsme zvolit žádnou pobytovou zdravotní službu, protože jsme na sebe s manželem zvyklí, a také po psychické stránce manželovi více vyhovuje domácí prostředí. Vzhledem k jeho zdravotnímu stavu jsme museli zajistit dojíždění zdravotní sestry k nám.*

Tři informanti vypověděli, že je nic nenapadá, co by jim pomohlo v péči o nesoběstačnou osobu v rámci zlepšení zdravotních služeb. Další tři informanti zvažují do budoucna využití pobytových zdravotních služeb pro opečovávané osoby, ať už že jejich péči nezvládají nebo alespoň na čas dovolené (oddychu) a nabrání nových sil. Informant 7 uvedl: *Ted' spíše řeším otázku pobytových zdravotních služeb, protože jednou budu muset dceru někam umístit a chci, aby měla zajištěnou tu nejlepší péči po všech stránkách. Proto vyhledávám umístění v blízkém okolí, abych ji mohla alespoň častěji navštěvovat. Chci, být připravena na vše.* Tři informanti vypověděli, že jim ve zdravotních službách chybí informovanost, správná komunikace. Od lékařů, popřípadě

od kvalifikovaných pracovníků očekávají více informací s ohledem na vzniklou životní situaci, která je přiměla k roli neformálního pečovatele. Například jak s opečovávaným komunikovat, jak usnadnit manipulaci, co je důležité zajistit a obstarat ohledně péče. Zajímavá byla odpověď informanta 9: *Měla by se také zlepšit dostupnost pobytových zdravotních služeb, protože co kdybychom se najednou o maminku nemohli postarat a museli jsme hledat nějaké pobytové řešení. Co vím, tak je nedostatek míst a dlouhá čekací doba. Zdravotní stav nečeká, až se někde v pobytových službách uvolní místo. Jsou nedomyšlené.*

8.6 Financování

Poslední pátý trs řeší financování zdravotních služeb, které využívají opečovávané osoby. Neformální pečovatelé za opečovávanou osobu hospodaří s jeho finančními prostředky, které jsou zdrojem pro hrazení veškerých nákladů. Nesoběstačné osoby mají možnost využití jednak hrazených zdravotních služeb zdravotními pojišťovnami a také mohou využívat služby, které si sami hradí. V oblasti financování byly otázky zaměřené na využití služeb a na zdroj financování. Další otázkou je, z jakých zdrojů hradí opečovávaná osoba placené zdravotní služby a náklady spojené s domácností.

Následující tabulka č. 7 uvede přehled informantů, kteří využívají hrazené služby zdravotní pojišťovnou a kteří sahají do soukromých sfér. Dále uvede výsledky, zda finance nesoběstačných osob jsou dostačující pro uhrazení všech potřebných pohledávek, jsou příjemci příspěvku na péči. Zda finance vystačí i na zaplacení neformální péče.

Tabulka č. 7 – Přehled výpovědí o financování

| | Využití služeb | | Zdroj financí | | Dostačující příjem pro úhradu nákladů |
|-------------|---------------------|------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| | Hrazené pojišťovnou | Platí si je sami | Vlastní finanční prostředky | Příspěvek na péči | |
| Informant 1 | X | X | Ano | Ano | Ano |
| Informant 2 | X | | Ano | Ano | Ano |
| Informant 3 | X | X | Ano | Ano | Ne |
| Informant 4 | X | | Ano | Ne | Ano |
| Informant 5 | X | | Ano | Ano | Ano |
| Informant 6 | X | | Ano | Ano | Ano |
| Informant 7 | X | | Ano | Ano | Ano |
| Informant 8 | X | X | Ano | Ano | Ano |
| Informant 9 | X | | Ano | Ne | Ano |

(Zdroj: vlastní výzkum)

Všichni dotazovaní informanti využívají hrazené zdravotní služby zdravotní pojišťovnou. Tři informanti si ještě navíc hradí sami další služby. Informant 1 uvedl: *Tak kvalitní rehabilitaci vám nikdo nezaplatí, protože aby byla kvalitní, tak musí trvat déle, než mají pojišťovny v tabulkách, proto si ji platíme sami. Jinak zdravotní sestřičku hradí pojišťovna a také lázně pro děti, tudíž tam synovi zaplatí stravu a pobyt, nově vám proplatí i některé speciální programy. Jinak lázně pro dospělé hradíme zcela sami.*

Osm informantů vypovědělo, že osoby nesoběstačné s financemi vychází, tudíž jsou schopni pokrýt veškeré svoje náklady spojené s chodem domácnosti. Sedm z nich pobírá příspěvek na péči, jehož výše je stanovena podle stupně závislosti na péči jiné osoby. U dvou odpovědí opečovávaná osoba žádný příspěvek nepobírá. V obou případech se jedná o onkologicky onemocněnou osobu. Péče je zatím poskytována krátkodobě. Z výpovědí vyplývá, že pouze jedna opečovávaná osoba má nižší příjem, než jsou náklady spojené s její péčí. Potřebné finanční prostředky zabezpečuje neformální pečovatelský tým. Informant 1 uvedl: *Pokryjeme všechny výlohy, které máme, naštěstí máme nízkonákladový dům, tak to nám také hodně pomáhá. Také nám občas vypomůže obec, která za nás zaplatí vodné a stočné, ale i přesto náklady na péči*

o oba jsou tak vysoké, že když chceme, aby byla opravdu kvalitní a jejich stav se zlepšoval, tak čerpáme s uspořené rezerv. Informant 3 sdělil: Matka má důchod, teď má také příspěvek na péči, ale pouze I. stupně (nejnižší stupeň závislosti). Platí běžné výdaje ohledně bytu, léky jsou drahé a také chod domácnosti něco stojí. Úhradu za sjednanou pečovatelskou službu hradím z vlastních finančních prostředků já.

Informant 1 ještě dodal: Hodně by nám pomohlo a myslím že nejen nám, ale i ostatním, kdyby bylo u všeho méně papírování nebo kdyby se žádosti o příspěvky daly řešit formou elektronické komunikace. Bylo by dobré, když vyřizujete záležitosti vztahující se k zdravotnímu postižení opečovávané osoby, tak toto řešit na jednom místě a ne, že každou záležitost s vámi řeší jiný úředník. Nehledě na to, že někdy i v jiné budově. Toto všechno by určitě usnadnila propojená elektronická komunikace. Pečovatel by tak mohl čas strávený vyřizováním jednotlivých požadavků na úřadech věnovat péči sobě či opečovávané osobě. Připadám si někdy spíše jako úředník, než se prohrabu papíry, co všechno musíte zajišťovat. Někdy ani nevím, co tam vyplnit, často i úředníci či lékaři mají problém s vyplněním předkládaných tiskopisů. Mnoho pečovatelů ani neví, o jaké příspěvky je možné požádat. Kdybychom dostávali kvalitní informace, tak by to hodně rodinám pomohlo v jejich velmi tíživých situacích. Ale takový úředník není.

9 Diskuse

V předkládané diplomové práci jsem se věnovala významu zdravotních služeb pro pečující rodiny. Téma diplomové práce jsem si vybrala z důvodu, že je pro mě osobně blízké a v mém okolí se nachází mnoho neformálních pečovatelů. Bylo pro mě osobně obohacující a naplňující zjišťovat, jaké zkušenosti a informace mají neformální pečovatelé o zdravotních službách. S čím zdravotní služby rodinám nejvíce pomáhají, co rodiny vedlo k tomu, aby nějaké zdravotní služby oslovili. Dále také jak se takový člověk stane neformálním pečovatelem, co ho k tomu přesvědčí ujmout se této role. Obdobné otázky jsem si kladla již před vypracováním této diplomové práce, neboť jsem se zúčastnila konference věnované tomuto tématu.

Hlavním cílem praktické části předkládané práce bylo identifikovat významy zdravotních služeb pro pečující rodiny, co rodiny vede k využití těchto služeb. Čím jsou neformální pečovatelé ovlivňováni a proč se stali neformálními pečovateli. Co vše musí řešit a zajišťovat současně s péčí o osobu nesoběstačnou.

Časově velmi náročná při psaní této diplomové práce byla praktická část, týkající se přípravy na rozhovor, domluva termínů s informanty, vykonávání rozhovorů, záznamu dat a jejich následné zpracování. Sama mohu říci, že při výzkumu jsem se setkala s příjemnými lidmi, kteří i v tak těžkých životních situacích dokážou mít v sobě tolik optimismu a elánu. Jejich práce je velice náročná nejen časově, ale zvláště psychicky. Mohu říct, že rozhovory s neformálními pečovateli pro mě jsou a do budoucna určitě budou velkým přínosem. Během rozhovoru jsem se mnohdy setkala s projevem emocí informantů, což pro mě bylo psychicky náročné.

Pozitivně vnímám ochotu všech neformálních pečovatelů při podílení se na mém výzkumu a jejich sdílnost ve všech oblastech výzkumu. I když zmiňovali docela citlivé informace o sobě a svých blízkých, především v otázkách týkající se začátku jejich péče a zdravotního stavu, což pro ně určitě nebylo příjemné. Žádný z informantů od rozhovoru neustoupil, za což mají u mě velký obdiv a respekt.

Pro neformální pečovatele bylo velice složité najít vhodný termín pro čas, který věnovali mému výzkumu. Jejich práce je často ovlivňována aktuálním zdravotním stavem opečovávané osoby a u některých bylo velmi těžké domluvit vhodnou osobu, která by je zastoupila v péči v čase. Jednalo se především o ty informanty, kteří zajišťují celodenní péči. V jednom případě se nepodařilo dohodnout termín pro osobní schůzku,

proto byl rozhovor proveden pomocí telefonické komunikace. Setkala jsem se také s odmítnutím jednak ze stran organizací, od kterých jsem požadovala zprostředkování kontaktu na neformální pečovatele, s nimiž spolupracují. Z deseti mnou oslovených neformálních pečovatelů, jsem se setkala pouze u jednoho s odmítnutím spolupráce při mém výzkumu.

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou metodu s aplikací techniky polostrukturovaného rozhovoru. Získaná data jsem kategorizovala a uspořádala do jednotlivých trsů.

Již při prvním rozhovoru s neformálním pečovatelem jsem zaznamenala, že úplně neví, co je zařadit pod zdravotní služby. Proto jsem mé otázky často musela dovysvětlit či upřesnit.

Výsledky výzkumu jsou ovlivněny řadou různých skutečností. Velice zkreslujícím údajem při hodnocení neformální péče je zcela jasně doba zabezpečující péče. Dále v ohledu informovanosti informanta o možnostech péče o člověka nesoběstačného nebo o možnostech okruhu získávání informací, jako jsou internetové stránky. Někteří z informantů nevlastní počítač, a tudíž s ním neumí ani pracovat a nemohou této možnosti využívat. Z aspektu zevšeobecnění obdržených informací může docházet k jistému zkreslení. Také moje malá zkušenost s vedením polostrukturovaného rozhovoru do jisté míry ovlivnila výsledek výzkumu.

Prvním zjištěním při zahájení výzkumu bylo, že o osoby nesoběstačné pečují převážně ženy. Konkrétně sedm žen a dva muži zastávají roli neformálních pečovatelů. Mé zjištění potvrzuje ve své knize Dudová (2015) kde uvádí, že pečování v domácím či přirozeném prostředí vykonávají především ženy, které se přitom ještě starají o děti či vnoučata a jsou ekonomicky činné, což může mít za následek jejich vyčerpání a vyhoření, pokud se o péči nedělí s nějakou další osobou či institucí. To také potvrzuje Dixe et al. (2019), který zjistil, že ze 143 neformálních pečovatelů je většina žen.

V prvním trsu jsem díky výpovědím oslovených komunikačních partnerů zjistila, že všichni informanti pečují o osoby blízké, tedy rodinné příslušníky. Což potvrzuje mínění Kurucové (2016) která uvádí, že rodina je nejvýznamnějším prvkem společenské mikrostruktury, která zajišťuje péči a ochranu svým členům, zejména v čase, kdy nejsou sami schopni se o sebe postarat. Většina neformálních pečovatelů bydlí poblíž domu opečovávaných příbuzných či přímo s nimi v domě, který sdílí tudíž více generací. Všichni informanti jsou tedy z funkčních rodin, které Urbonovská (2017)

a Michalík (2013) vnímají tak, že je vytvořeno optimální prostředí pro zdravý a vyrovnaný vývoj další generace, protože rodinné vazby a pouta zformovaná jádrem emoční vřelosti představují jistotu pro všechny generace, neboť vědí, že v rodině mají oporu a také bezpečné útočiště. Přestože mohou být generační vazby v rodině vnímány za volnější, vzhledem k většímu pocitu nezávislosti, také po založení vlastní rodiny se prioritní pouta s širší rodinnou nepřetrhávají (Urbanovská, 2017). Tuto myšlenku potvrzuje Mlýnková (2011), která za citové zázemí v rodině vnímá projev lásky k nejbližším osobám, nejen k dětem, neboť všichni potřebujeme získávat lásku od svých nejbližších, kteří nám tím dávají najevo, že nejsme sami, a kteří nám jsou v případě pomoci na blízku.

Pouze tři informanti se starali o osobu s postižením a jeden informant dokonce dvě o osoby postižené, které více upřesňuje ve své publikaci Arnoldová (2016), že za zdravotní postižení se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož důsledky činí nebo mohou činit člověka závislého na pomoci jiné osoby.

Zbývající informanti se starají o osoby seniorského věku, kteří trpí na nemoci spojené převážně se stářím. Jak již zmiňuje Bertini (2013) ve své knize, že v pokročilém věku jsou lidé fyzicky křehčí, snadno si při pádu zlomí kyčel, dostavuje se u nich Alzheimerova choroba či trpí chronickou bolestí vlivem různých nemocí, také jsou mnohem predisponovanější k úzkostem a depresím, neboť jedinci jejich generace umírají, sami přichází o zuby, přestávají řídit svěrače a v neposlední řadě jim začínají dělat problémy i běžné každodenní činnosti.

Ve výsledku se prolínají oba směry dle Dudové (2015), kterými se vyvíjí potřeba péče o osoby. První je akutní zhoršení zdravotního stavu, tehdy jsou členové rodiny postaveni před neočekávanou situací, kterou musejí ihned řešit. Druhý směr je dlouhodobější zhoršování zdravotního stavu, kdy se stav jedince postupně v časových obdobích zhoršuje, na větší rozsah péče se tak postupně připravují a zvykají (Dudová, 2015). Pět informantů se potýkalo s prvním směrem, tedy akutním zhoršením zdravotního stavu člena rodiny a čtyři informanti pečují o člověka, kterému se dlouhodoběji zhoršoval zdravotní stav, což potvrzuje druhý směr.

V druhém trsu jsem ve výsledku zjistila, že sedm informantů pečuje o osobu závislou na jejich pomoci 24 hodin denně, kdy vykonávají převážně veškeré činnosti související se všemi základními životními potřebami. Jak zmiňuje Truhlářová (2015)

tento pečovatel podporuje pečovaného ve zvládnání výchozích životních potřeb a v obstarání co nejvyššího stupně samostatnosti, a to v mobilitě, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesné hygieně výkonu fyziologických potřeb, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů), tedy jmenované sféry péče upozorňují na těžkost péče tohoto typu a proto i potřebnou podporu neformálních rodinných pečovatelů. Pro pět informantů je velmi náročné při zajišťování péče o osobu nesoběstačnou samotná manipulace, aby mohli všechny potřebné úkony vykonat. Podle Geissler (2016) kvalita života prezentuje dlouhodobý úkol ošetrovatelské péče. I když je někdy velmi náročná, jak samotní informanti zmiňují. Proto aby mohla fungovat domácí péče a zmírnila se náročnost pro neformální pečovatele všichni informanti změnilo bydlení na bezbariérové nebo ho alespoň dovybavili kompenzačními pomůckami, které jim pomáhají v péči o osobu se sníženou soběstačností. O úpravě bydlení se také zmiňují Viereckl, Lidinská a Votočková (2016), že pokud se rozhodneme o osobu blízkou pečovat, je potřebné si předem domácnost připravit podle mobility pečované osoby a případně ji vybavit různými pomůckami, které lze zakoupit či pouze zapůjčit na potřebnou dobu za stanovenou úhradu, neboť výrazně ulehčí zvládat péči pečujícího (např. sedátka do vany, madla, chodítka, berle, nástavce na WC, polohovatelná lůžka atd.). U osmi neformálních pečovatelů nastaly pro ně významné změny v životě. Někteří z nich se potýkali se změnami ve svém životě, ale kvůli péči o osobu blízkou změny podstoupili. O změnách, které uváděli informanti píše ve své knize Mlýnková (2011) což jsou: nevyhovující bydlení, zaměstnání, závazky vůči vlastní rodině, vzdálenost, únava a vyčerpání členů rodiny. I přes tyto potřebné změny je pro všechny neformální pečovatele důležitá kvalitní péče z jejich strany. Péče je pro ně nyní hlavní prioritou, ať je, jakkoliv náročná.

Výsledky ze třetího trsu jsou ohledně role neformálního pečovatele. V roli pečovatele bývá podle Kurucové (2016) pouze jedna osoba, většinou je to někdo z nejbližších příbuzných či okruhu přátel, která je nazývána pečovatelem a provádí individuální celkovou péči a je ostatními z rodiny i přáteli podporována. Pečovatel je neprofesionální jedinec, který poskytuje základní pomoc nesoběstačné osobě s denními činnostmi běžného dne (Kurucová, 2016). Toto tvrzení se shoduje s výsledky. Opravdu jsou neformální pečovatelé podpořeni převážně rodinou a všichni informanti se stali neformálními pečovateli hlavně jenom proto, že je to pro ně osoba blízká, která nyní

vyžaduje jejich pomoc. Pouze jeden informant se na tuto roli připravoval postupně a věděl, že se jednou stane neformálním pečovatelem. Jak již zmiňuje Dvořáčková (2016) ideální péče je ta, která probíhá v domácím prostředí za přítomnosti podpory a péče ze strany rodiny. Píše, že rodinné zázemí je nejpodstatnější sociální jistota lidí i ve stáří a v případě nesoběstačnosti rodinu vnímají jako záruku pomoci fyzické, psychické i hmotné. Ovšem autorka dále uvádí, že péče především ta dlouhodobější, je pro pečovatele velmi psychicky i fyzicky namáhavá. Všech devět informantů uvedlo, že mají podporu v rodině nebo u blízkých přátel, což jim dodává síly péči dále zajišťovat jak po psychické stránce, tak i fyzické. Dle výpovědí si všichni informanti prošli alespoň některými fázemi vyrovnávání s danou situací, kterou popisuje Vágnerová (2014) - fáze šoku a popření, fáze bezmocnosti, fáze postupné adaptace a vyrovnávání se se situací, fáze smlouvání, fáze realizmu. Pouze jeden informant uvedl, že nikdy neměl žádnou krizi, ale nakonec z jeho výpovědi vyvstalo, že si jimi prošel v minulosti a nyní už funguje ve fázi realizmu. Nikdo z informantů nevyhledal odbornou pomoc, neboť jim byla v těchto krizích oporou rodina a díky ní to zvládli překonat. Právě jak zvládnout těžkou životní situaci popisuje blíže Hanáková (2017), kdy je potřeba v rodině zachovat otevřenou komunikaci především mezi partnery, sdílet kladné i záporné emoce, zážitky, trávit společně čas, umožňovat uspokojování potřeb členů rodiny i přes objektivní omezení, věnovat se svým koníčkům i svému zaměstnání, navzájem se podporovat. Členové rodiny (partneři) vytvářejí rodinné klima, které se v případě udržení kvality vztahu podaří zachovat, tím nastane přehodnocení postojů, žebříčků hodnot, posílení vzájemné potřebnosti, začne hledání nových zdrojů a způsobů východisek nastalých problémů (Hanáková, 2017). Pouze jeden informant neměl podporu svého manžela, ale díky podpoře dcer vše zvládá. K tomuto ještě Pechová (2019) uvádí, že by se měli odborníci více zajímat o psychickou zátěž neformálních pečovatelů, neboť následkem dlouhodobé zátěže bývá možné onemocnění v důsledku, kterého nemohou dále vykonávat neformální péči. Bohužel pouze tři informanti uvedli, že se s okolím stýkají jak oni, tak i opečovávaná osoba přijímá návštěvy. Ostatní se občas snaží, ale kvůli péči na to není ani moc prostoru či nálada. Na to Hanáková (2017) uvádí, že je pro pečující rodinu nesmírně důležité, aby zůstala zakotvena ve společnosti, neizolovala se a vybuodovala si komunikativní, klidnou atmosféru, v níž členům rodiny zůstanou zachovány jednotlivé role. Také Cudjoe et al. (2019) zmiňuje, že sociální izolace je rizikem špatných zdravotních výsledků. Což doplňuje Schrempft

et al. (2019), kdy dopad sociální izolace a osamělosti na zdravotní riziko může být zprostředkován kombinací přímých biologických procesů.

Ve čtvrtém trsu bylo zjištěno, že informanti převážně využívají zdravotní služby, které jim pomáhají s odbornými převazy ran, podpurným cvičení a zdravotními výkony (aplikaci injekcí, podávání transfúzi atd.). Pouze jeden informant zajišťuje pro osoby se sníženou soběstačností fyzioterapii v domácím prostředí. Pechová (2019) uvádí, že pečovatel většinou vykonává přímou péči, doprovod, kompletní chod domácnosti, zabezpečuje jednání s úřady, a především je koordinátor péče. Podle Pechové (2019) pracovníci sociálních a zdravotních služeb pomáhají pečujícímu pouze v omezeném rozsahu, který není dostačující. Největší nedostatek vnímá autorka v oblasti rehabilitačních a jiných podpurných cvičení. Jak je již uvedeno v zákoně č. 372/2011 Sb. zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, v rámci zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení. Informanti jsou opravdu takoví koordinátoři všeho, co se děje v okolí opečovávaného a ve většině případů právě svoji neformální péči podporují odbornou péčí, která je vykonávána v jejich přirozeném prostředí. Tuto formální péči informanti zajistili z důvodů, aby nemusely osoby se sníženou soběstačností být hospitalizovány v nemocnici či za těmito službami cestovat. Bohužel si informanti ztěžovali na dostupnost a informovanost ohledně podpoření neformální péče ze stran formální péče. Což zmiňuje i Pechová (2019), která vnímá podporu neformálních pečovatelů za nedostatečnou, neboť služby ať zdravotní či sociální jsou pro dost pečovatelů těžko dostupné či získatelné. Za slabé stránky našeho systému Pechová (2019) vnímá nedostatečné ohodnocení neformální péče, nevalné informování pečovatelů o nabídkách zdravotních, sociálních služeb a dalších možností podpory, také v omezených možnostech skloubení zaměstnání a pečovatelské role. Autorka také zmiňuje nedostatky v tom, že rodinní příslušníci se v aktuálním schématu služeb těžko orientují, jsou zahlceni hodně informacemi od jednotlivých poskytovatelů zdravotní a sociální péče. Dle ní nejsou často schopni potřebně organizovat a směřovat komplexní péči, a současně si zachovávat dostatek svých fyzických i duševních sil. Pečující rodina většinou dostává jen částečné vědomosti, které většinou neřeší všechny stránky jejich potíží. Autorka píše, že neobdrží žádný koncept celkového řešení, neboť se

předpokládá, že si pečující sám propojí obdržené informace a vytvoří si vlastní úsudek nejlepšího zajištění a zkoordinování péče. To často pečujícího vede k nejjednodušší volbě ve formě pobytové služby, i přesto, že za podpory formální a neformální péče by závislý jedinec mohl zůstat ve svém domácím prostředí (Pechová, 2019).

V posledním trsu bylo zjištěno, že všichni informanti využívají hrazené zdravotní služby zdravotní pojišťovnou, kdy většině tyto služby byly doporučeny ošetřujícím lékařem nebo známými. Dle Hanákové (2017) se rodina také často potýká se zvýšenými finančními požadavky na zajištění péče (vyžadují například nutnost dietního stravování, drahé rehabilitační a kompenzační pomůcky, potřebné bytové úpravy, zaplacení léků, léčebných výloh, osobní asistence, vzdělání a dalších potřebných služeb), což je pro ni navzdory příspěvkům neúměrná finanční zátěž. Proto využití hrazených služeb zdravotní pojišťovnou je pro všechny opečovávané velmi výhodné. Pouze dva informanti si některé služby hradí sami, a to z důvodu domácí fyzioterapie, kterou zdravotní pojišťovna v potřebném rozsahu nezaplátí anebo zajištění pečovatelské služby, kterou zdravotní pojišťovna také nehradí. Dle Macha et al. (2018) má nárok neformální pečovatel na odměnu ve stejném rozsahu jako profesionální pečovatel poskytující sociální služby i pečovatel, který není zdravotnickým pracovníkem, ale vykonává každodenní péči. Ovšem jak uvádí Truhlářová (2015), poskytování neformální péče má evidentní ekonomické následky na celou rodinu, neboť z důvodu poskytování neformální péče člověk pozdrží zaměstnání (přerušuje kariéru) nebo pracuje na zkrácený úvazek. Což potvrzují výsledky od informantů, kdy osm z nich uvedlo, že příjmy opečovávaných osob pokryjí jejich výlohy. Pouze jeden informant pomáhá opečovávanému s pokrytím výloh. Sedm informantů uvedlo, že nesoběstačné osoby pobírají příspěvek na péči či jiné příspěvky. Viereckl, Lidinská a Votočková (2016) zmiňují, že příspěvek na péči je určen osobám, které jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci druhého člověka a splňují podmínku nepříznivého zdravotního stavu, který trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který determinuje jejich výkonné schopnosti potřebné pro zvládnutí základních životních potřeb. Příspěvek nenáleží osobě, která pečuje, nýbrž osobě, o kterou je pečováno, ale musí být starší jednoho roku, aby jí mohl být příspěvek přiznán. Příspěvek lze použít výlučně na výlohy související se zaopatřením pomoci a podpory žadatele (Viereckl, Lidinská, Votočková, 2016).

Z provedeného výzkumu vyplynuly následující odpovědi na výzkumné otázky:

Co vede člena rodiny stát se neformálním pečovatelem?

Rodinní příslušníci se stávají neformálními pečovateli z toho důvodu, že nechtějí nebo nemohou umístit osobu se sníženou soběstačností do pobytových zařízení. Také z důvodu, že jsou to blízké osoby, chtějí jim pomoci a být jim oporou v jejich těžkém životním období.

Co vede pečující rodiny k využití zdravotní služby pro nesoběstačného člena rodiny?

Členy rodiny, a především neformální pečovatele vede k využití zdravotních služeb převážně to, že chtějí předejít, aby osoba se sníženou soběstačností musela být hospitalizována v nemocnici, neboť jak je známo na zdravotní stav má i vliv prostředí, ve kterém se nachází. Využitím zdravotních služeb je podpořena neformální péče péčí odbornou, a tudíž je zajištěna kvalitní potřebná péče. Rodinní příslušníci tím tedy chtějí předejít zhoršení zdravotního stavu opečovávané osoby.

10 Závěr

Cílem praktické části diplomové práce bylo identifikovat významy zdravotních služeb pro pečující rodiny. V teoretické části jsem se zaměřila na zdravotní služby dle legislativy i na zdravotní péči, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností. Pozornost je věnována také rodině, neboť nejčastěji rodinní příslušníci zajišťují neformální péči osob se sníženou soběstačností. Kdo potřebuje nejčastěji pomoc druhých osob z důvodu, že sami nejsou schopni zajistit některé své životní potřeby. Dále jsou uvedeny informace o neformální péči, co obnáší, jaké by měli mít neformální pečující vlohy, ale také jaké je to pro pečující osoby zatížení. V neposlední řadě je teorie směřována k financování zdravotních služeb i neformálních pečovatelů, jaké příspěvky mohou využít opečovávané osoby.

Výzkumný soubor tvořilo devět neformálních pečovatelů z Kraje Vysočina. K identifikování významů zdravotních služeb pro pečující rodiny byly zjišťovány odpovědi na výzkumné otázky. Tyto výzkumné otázky se zabývaly především tím, co vedlo rodinné příslušníky k tomu, aby se stali neformálními pečovateli a také co je vedlo k tomu, aby využili zdravotní služby pro nesoběstačného člena rodiny.

Získané informace byly následně vyhodnoceny metodou trsů. Jednotlivé otázky byly seskupeny do trsů v závislosti na tom, čeho se týkaly. Trsy se zabývaly potřebnou péčí, věcmi ohledně neformálních pečujících, tak i o využívání zdravotních služeb a financování.

Výsledkem praktické části bylo zjištění, že všech devět oslovených neformálních pečujících se stará o rodinného příslušníka a mají nebo měli podporu zbývajících členů rodiny, kteří jim pomohli s rolí neformálního pečovatele a adaptováním se na danou situaci. Nikdo z oslovených informantů nevyhledal odbornou pomoc ohledně souvislostí s neformální péčí. Všech devět oslovených pečujících podporují svoji péči formální péčí pomocí zdravotních sester, které zajišťují převážně s odborné převazy ran, podpůrná cvičení a zdravotní výkony (aplikace injekcí, podávání transfúze atd.). Pouze jeden neformální pečující zajišťuje ke své péči ještě domácí fyzioterapii od odborníků, která je velmi intenzivní. Devět informantů využívá zdravotní služby z důvodu zachování či zlepšení zdravotního stavu opečovávané osoby. Také proto, aby předešli hospitalizaci nesoběstačných osob v nemocnicích. Všichni oslovení neformální pečující

využívají zdravotní služby hrazené zdravotní pojišťovnou. Dále pečovatelé zmínili, že příjmy osob, které vyžadují jejich pomoc, jsou dostačující na pokrytí veškerých výloh.

Cílem diplomové práce bylo identifikovat významy zdravotních služeb pro pečující rodiny. Význam zdravotních služeb pro pečující rodiny je především v tom, že pomáhají neformálním pečovatelům v doplnění jejich péče o odbornou činnost, a tudíž předchází hospitalizaci opečovávaných osob v nemocnici či pobytu v zařízení s formální péčí. Domnívám se, že uvedený cíl práce byl naplněn.

Vypracovaná diplomová práce by mohla být využita jako podpůrný materiál především pro laickou veřejnost, tedy neformální pečovatele. Neboť vhodné a užitečné informace od kvalifikovaných zdravotníků by v mnohém zpříjemnili a zjednodušili postavení neformálních pečovatelů.

11 Seznam použité literatury:

1. ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5148-1.
2. ASPERS, P., CORTE, U., 2019. *What is Qualitative in Qualitative Research*. *Qual Sociol* 42, 139–160. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11133-019-9413-7>
3. BERTINI, Kristine, 2013. *Sendvičová rodina: souběžná péče o malé děti a seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0478-7.
4. CALVANO, L., DIXON, J., 2017. *Eldercare and Work*. In: Pachana N.A. (eds) *Encyclopedia of Geropsychology*. Springer, Singapore. Dostupné z: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-981-287-082-7_283
5. COFACE (Confederation of Family Organisation in European Union), 2017. *European Charter of Family Carers* [online]. Brussels: COFACE. [22.07.2020]. Dostupné z: <http://www.coface-eu.org/wp-content/uploads/2016/12/European-Charter-for-Family-Carers.pdf>
6. COLAPINTO, J., 2018. *Family Function and Dysfunction in Structural Family Therapy*. In: Lebow J., Chambers A., Breunlin D. (eds) *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Springer, Cham. Dostupné z: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-3-319-15877-8_966-1
7. CUDJOE, T.K.M., COLBURN, J.L., 2020. *Social Isolation*. In: Colburn J., Leff B., Hayashi J., Schuchman M. (eds) *Home-Based Medical Care for Older Adults*. Springer, Cham. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-030-23483-6_13
8. ČESKO. § 10 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 22. 7. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast3>
9. ČESKO. § 2 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: ČES

- Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 22. 7. 2020].
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast3>
10. ČESKO. § 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 22. 7. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast3>
 11. DIXE, M.d.A.C.R., da Conceição Teixeira, L.F., Areosa, T.J.T.C.C. et al., 2019. *Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study*. BMC Geriatr 19, 255. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
 12. DOKOUPILOVÁ, Ivana, Adéla HANÁKOVÁ, Miloň POTMĚŠIL, Jana SOLDANOVÁ, Nikola ŠTĚPNIČKOVÁ a Eva URBANOVSKÁ, 2017. *Rodina a dítě se zdravotním postižením*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-262-8
 13. DUDOVÁ, Radka, 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR. Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-182-4.
 14. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
 15. GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Praha: Paido. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0
 16. GEISLER, H., HOLEŇOVÁ, A., HOROVÁ, T. 2015. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání. [22.07.2020]. Dostupné z: <https://koopolis.cz/file/home/download/1206?key=2fd7643342>
 17. GEISLER, Hana, 2016. *Volno na péči a podpora pečujících osob na trhu práce v České republice a zahraničí*. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické. ISBN 978-80-87953-25-9.
 18. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

19. HUBÍKOVÁ, O. 2015. Podpora pečujících jako předpoklad úspěšného setrvání seniorů v přirozeném prostředí. In: KUBALČÍKOVÁ, K. (Ed.). *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita, 43-68.
20. KOLDINSKÁ, K., ŠTEFKO, M., 2018. *The Czech Republic: No Promised Land for Carers and Persons Dependent on Long-Term Care*. In BECKER, U., REINHARD HJ. (Ed.). *Long-Term Care in Europe* [online]. [cit. 2020-07-28]. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-700816_3?fbclid=IwAR0ESaDhAZnFA1KvvA6OGWOxVHHyUQ5nwVPsf2minAJZ982JPbd1Qi1BXH0#citeas
21. KOLDINSKÁ, Kristina, 2016. *Finanční podpora pečujících a návrhy na zlepšení systému dávek pro pečující – příklady dobré praxe ze zahraničí*. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické. ISBN 978-80-87953-27-3.
22. KOTKOVÁ, Martina, 2014. *Domácí násilí v kontextu rodiny a práce*. Brno: Spondea. ISBN 978-80-260-7191-4.
23. KRAUS, Blahoslav, 2015. *Životní styl současné české rodiny*. 1. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-544-8.
24. KŘIVÁKOVÁ, M., ČÍKOVÁ Z., 2016. *Pečovatelství: péče o zdravé a nemocné dítě*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-263-3.
25. KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.
26. LAWSON, H.A., CARINGI, J.C., PYLES, L. et al. 2015. *Participatory Action Research*. Oxford: Oxford University Press.
27. MACH, Jan, 2018. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5.
28. MALLEY, AM., WALTHER, C.S., NICHOLS, K., 2020. *The Demography of Marriage and Family: A History*. In: Farris D., Bourque A. (eds) *International Handbook on the Demography of Marriage and the Family*. International Handbooks of Population, vol 7. Springer, Cham. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-030-35079-6_2

29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2018. *Zdravotní pojišťovny* [online]. [cit. 2020-07-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/zdravotni-pojistovny_3307_29.html
30. MIOVSKÝ, M., 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
31. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
32. MPSV. 2008. *Na jakou pracovněprávní ochranu mají nárok osoby pečující o osobu závislou na cizí pomoci* [online]. [22.07.2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/5918>
33. MRTKOVÁ, Kamila, 2019. Nemocnice Havlíčkův Brod. *Nemocnice Havlíčkův Brod: Dlouhodobé ošetrovné* [online]. [cit. 2020-07-22]. Dostupné z: <http://www.onhb.cz/article.asp?nArticleID=1823>
34. NOVÁK, T., BEASTESESS, 2013. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4623-4.
35. NOVOTNÝ, Petr, Jitka IVIČIČOVÁ, Ivana SYRŮČKOVÁ a Pavlína VONDRÁČKOVÁ, 2017. *Nový občanský zákoník. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing. Právo pro každého (Grada). ISBN 978-80-271-0431-4.
36. *Pečovat a žít doma je normální!: informace pro pečující, praktické rady a užitečné kontakty*, 2018. Vydání I. Praha: Centrum pro komunitní práci střední Čechy. ISBN 978-80-87809-55-6.
37. PECHOVÁ, Denisa, Monika ČERMÁKOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ, Jaroslava BASELOVÁ a Marie SLÁMEČKOVÁ, 2019. *Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek. ISBN 978-80-270-5372-8.
38. PEŠLOVÁ, Radka, 2016. *Rady sociálně-právní*. Vydání druhé. Praha: Diakonie ČCE. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-09-9.
39. PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. 1. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
40. REICHEL, J., 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

41. RESNIK, D.B., 2018. *Informed Consent*. In: The Ethics of Research with Human Subjects. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, vol 74. Springer, Cham. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-3-319-68756-8_5
42. SALCMAN KUČEROVÁ, Zdeňka. *VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY: Úhrada zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb* [online]. 2015 [cit. 2020-07-22]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/uhrada-zdravotnich-sluzeb-v-pobytovych-zarizenich-socialnich-sluzeb>
43. SCHREMPFT, S., JACKOWSKA, M., HAMER, M. et al., 2019. *Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women*. BMC Public Health 19, 74. Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6424-y>
44. *Sociální práce: Expertní a participativní přístup*, 2019. 19. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci a Evropský výzkumný institut sociální práce. ISSN 1213-6204.
45. ŠTĚRBOVÁ, Dana, 2013. *Rodiny s postiženými dětmi: "tak trochu jiné" rodiny?*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-254-3459-9.
46. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0
47. TOMALOVÁ, Petra, Jaromír MAŠTALÍŘ a Pavlína DUPALOVÁ, 2017. *Co je dobré vědět? ...při péči o nemocné dítě...: specifika domácí péče z pohledu odborníků a osob pečujících o dítě dlouhodobě nemocné a těžce zdravotně postižené*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5145-9.
48. TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ, 2015. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateli*.

Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

49. VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
50. VIERECKL, Michael, Daniela LIDINSKÁ a Petra VOTOČKOVÁ, 2015. *Určitě si poradíte: praktické rady pro životní situace, kdy potřebujete zdravotní a sociální služby*. Praha: FM solutions. ISBN 978-80-905989-0-4.
51. *VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY: Zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění* [online]. 2020 [cit. 2020-07-22]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/naroky-pojistence/zdravotni-sluzby-hrazene-ze-zdravotniho-pojisteni>
52. *Zdravotní služby: zákony, nařízení vlády a vyhlášky; redakční uzávěrka*, 2019. 1329. Ostrava: Sagit. ÚZ. IS

12 Přílohy

12.1 Příloha č. 1

Informace o neformálním pečujícím:

- Pohlaví
- Věk
- Rodinný stav
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Zaměstnání

Scénář otázek použitých při rozhovoru

1. Jaký je vztah k nesoběstačné osobě?
2. Jak dlouho pečujete?
3. Jaký je důvod nesoběstačnosti dané osoby?
4. Jaká je míra závislosti vaše péče?
5. Co vás přimělo stát se neformálním pečovatelem?
6. Pečovala jste někdy o někoho již dříve nebo váš blízký příbuzný?
7. Nastaly u vás nějaké změny v životě kvůli pečování?
8. Proběhla u vás nějaká příprava na tuto roli?
9. Co vám pomohlo s adaptací na danou situaci?
10. Pomáhá vám někdo s péčí z rodinných příslušníků?
11. Dostavily se u vás nějaké pochybnosti při péči či krize v péči?
12. Udržujete sociální kontakt?
13. V jakém rozsahu využíváte zdravotních služeb?
14. Jak jste se o těchto služeb dozvěděl/a?
15. Co vás vedlo k využití těchto služeb?
16. Co vnímáte za důležité zlepšit či doplnit v rámci zdravotních služeb pro pečující rodiny?
17. Využíváte služby hrazené zdravotní pojišťovnou nebo si je sami hradíte?
18. Jsou příjmy nesoběstačné osoby dostačující na pokrytí veškerých výloh?

13 Seznam použitých zkratk

CMP – cévní mozková příhoda

ČR – Česká republika

DMO – dětská mozková obrna

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky